



ANTALYA  
**BETA İLAÇLAMA**  
LTD.ŞTİ.



EK - 1 BİYOSİDAL ÜRÜN  
**UYGULAMA İŞLEM FORMU**  
TREATMENT REPORT

UYGULAMA YAPAN FİRMA ADI/ADRESİ : ANTALYA BETA İLAÇLAMA Sedir Mah. 728 Sk. No:30/1 Muratpaşa/ANTALYA

MESÜL MÜDÜR : M. YÜCEL ŞANLIER

Uygulayıcılar Adı, Soyadı :

TELEFON/FAKS NUMARASI : Tel: 0532 232 42 34 - 0242 237 95 05

MÜDÜRLÜK İZİN TARİH VE SAYISI : 10.04.2018-178

UYGULAMA YAPAN EKİP SORUMLUSU :

**KULLANILAN BİYOSİDAL ÜRÜNE AİT BİLGİLER**

ÜRÜNÜ	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Tic. adı Ruhsat Tar./ Say. :	KONSANTRE EC	AGİTA 10 WG	FİBROSTAR JEL	RATIMUR	ALFADOM SC	
Uygulama şekli :	YÜZEY	YÜZEY	DAMLA	İSTASYON	YÜZEY	
Aktif Maddesi :	PERMETHRİN	THİAMETHOXAM	FİPRONİL	BROMODİLON	A CYPERMETHRİN	
Antidotu :	ATROPİN	ATROPİN	ATROPİN	Kİ VİTAMİNİ	ATROPİN	
Amb. Miktarı (Kg./Litre) :	5 LT	1 KG	35 GR	5 KG	5 LT	

**UYGULAMA YAPILAN YER HAKKINDA BİLGİLER :**

Uygulama yapılan yerin açık adresi : *Logan Alya Otel*

Uygulama yapılan haşere türü/adı : ☐ H. Böceği/Cockroach ☐ Karasinek/Fiy ☐ Sivrisinek Larva/Mosquito ☐ Fare/Mouse ☐ Sıçan/Rat ☐ Diğer/Other

Uygulama tarihi ve saati : *30.04.2024*

Alınan Güvenlik Önlemleri, yapılan onarı ve uyarılar :

Ziyaret Tipi / Typu Of Visit	Kapsam / Contents	<input type="checkbox"/> Kemir. Denet / Rod Insp.
<input type="checkbox"/> Rutin / Routine	<input type="checkbox"/> Lüzey Uygulama / Resudial	<input type="checkbox"/> Yalıtım / Proofing
<input type="checkbox"/> İlk Ziyaret / Initial Treatment	<input type="checkbox"/> Dezenfekte / Disingected	<input type="checkbox"/> Diğer / Other
<input type="checkbox"/> Acil Çağrı / Call - Out	<input type="checkbox"/> Sisleme / Fogging	

**Notlar :**

*Otel genel alanları mutfak restoran  
barlar lobi wc koridor personellerin  
bunlar personellerin ile oturma odaları  
genel kontrolü yapılmıştır.  
Ekip Sorumlusu - İmza Uygulama Yapılan Yerin Sorumlusu/Yetkili İmza*

Not : ZEHİRLENME DURUMLARINDA GEREKTİĞİNDE ULUSAL ZEHİR DANIŞMA MERKEZİNİN  
(UZEM) 114 VE ACIL SAĞLIK HİZMETLERİNİN 112 NOLU TELEFONUNU ARAYINIZ.

Bu form 3 nüsha olarak hazırlanır ve bir nüshası ilaçlama yapılan yerin yetkililerine/sahibine verilmesi zorunludur.