UYGULAMA İŞLEM FORMU ANTALYA BETA İLAÇLAMA Sedir Mah. 728 Sk. No:30/1 Muratpaşa/ANTALYA MESÜL MÜDÜR Uygulayıcılar Adı, Soyadı TELEFON/FAKS NUMARASI MÜDÜRLÜK İZİN TARİH VE SAYISI UYGULAMA YAPAN EKIP SORUMLUSU : :Tel: 0532 232 42 34 - 0242 237 95 05 KULLANILANBİYOSIDALÜRÜNE AİT BİLGİLER ÜRÜNÜN Tic. adı Ruhsat Tar./ Say. Uygulama şekli AGİTA 10 WG Aktif Maddesi YÜZEY FIBROSTAR JEL **1** 5 YÜZEY RATIMUR \Box 6 PERMETHRIN DAMLA ALFADOM SC Antidotu THIAMETHOXAM ISTASYON ATROPIN FIPRONIL YÜZEY Amb. Miktarı (Kg./Litre) BROMODILON ATROPIN A CYPERMETHRIN ATROPIN 5LT UYGULAMA YAPILAN YER HAKKINDA BİLGİLER : KI VİTAMİNİ ATROPIN 35 GR 5 KG Uygulama yapılan yerin açık adresi 5 LT Uygulama yapılan haşere türü/adı H. Böceği/Cockroach Karasinek/Fiy Sivrisinek Larva/Mosquito Fare/Mouse Sıçan/Rat Diğer/Other Uygulama tarihi ve saati ılik Önlemleri, yapılan öneri ve uyanlar. Ziyaret Tipi / Typu Of Visit Kapsam / Contents Rutin / Routine ☐ Kemir. Denet / Rod Insp. Lüzey Uygulama / Resudial ☐ İlk Ziyaret / İnitial Trealment ☐ Yalıtım / Proofing ☐ Dezenfekte / Disingected Acil Çağrı / Call - Out ☐ Diğer / Other ☐ Sisleme / Fogging Notlar:

Ekip Sorumlusu - İmza

Uygulama Yapılan Yerin Sorumlusu/Yetkili İmza

ZEHİRLENME DURUMLARINDA GEREKTİĞİNDE ULUSAL ZEHİR DANIŞMA MERKEZİNİN OZEM) 114 VE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN 112 NOLU TELEFONUNU ARAYINIZ.

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