

IZJAVA PČELARA ZA IZBOR VMP-a (aktive tvari)

Napomena: Obrazac popunite velikim tiskanim slovima i zaokružite jednu od ponuđenih aktivnih tvari

1	Ime i prezime:										
2	Mjesto, ulica, kućni broj:										
3	Telefonski broj:										
4	OIB:										
5	EBP										
6	Broj pčelinjih zajednica										

Ja, gore navedeni, svojim potpisom potvrđujem da na svom pčelinjaku želim primijeniti veterinarsko medicinski proizvod (VMP) koji sadrži slijedeću aktivnu tvar:

Izbor 1	<u>timol</u>
Izbor 2	<u>kumafos</u>
Izbor 3	<u>flumetrin</u>

Datum:	Potpis:
--------	---------

Ova Izjava služi u svrhu ankete; utvrđivanja interesa pčelara za odabir određene aktivne tvari za tretiranje pčelinjih zajednica (suzbijanje varooze), a na temelju kojeg će HPS raspisati Javni poziv i odlučivati o odabiru najpovoljnijeg ponuđača i dobavljača odabranog sredstva.

Podaci o broju pčelinjih zajednica moraju biti istovjetni u ovoj Izjavi, Godišnjoj dojavi broja pčelinjih zajednica i Evidenciji pčelara i pčelinjaka.