

ΜΕΤΡΟ 14: ΚΑΛΗ ΔΙΑΒΙΩΣΗ ΤΩΝ ΖΩΩΝ ΔΡΑΣΗ Α: ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΒΙΟΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

ΜΗΤΡΩΟ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗΣ (ΣΧΕΔΙΟ ΕΛΕΓΧΟΥ) ΤΡΩΚΤΙΚΩΝ (Α.4.1.) ΚΑΙ ΜΥΓΩΝ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΑΡΘΡΟΠΟΔΩΝ (Α.4.2.)

Μ14/Α.4.1. ΜΗΤΡΩΟ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗΣ (ΣΧΕΔΙΟ ΕΛΕΓΧΟΥ) ΤΡΩΚΤΙΚΩΝ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΚΤΗΝ. ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΗΣ: CYS.....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΤΟ ΜΕΤΡΟ :

ΕΤΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΙΤΗΤΗ :

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΗΤΗ :

Έλεγχος Ποντικοπαγίδων

Α/Α	Χώρος τοποθέτησης ποντικοπαγίδων (σύμφωνα με το σχέδιο κάτοψης της εκμετάλλευσης)	Αριθμός παγίδων	ΙΑΝ. *	ΦΕΒΡ. *	ΜΑΡΤ. *	ΑΠΡ. *	ΜΑΗΣ *	ΙΟΥΝ. *	ΙΟΥΛ. *	ΑΥΓ. *	ΣΕΠΤ. *	ΟΚΤ. *	ΝΟΕ. *	ΔΕΚ. *

* Να σημειώνεται ανά μήνα, ότι ισχύει από τις ακόλουθες ενδείξεις: **Ε**: Έγινε έλεγχος / **Ι**: Ικανοποιητικό (δεν υπάρχουν ενδείξεις για ύπαρξη ποντικού) / **Π**: Ενδείξεις για ύπαρξη ποντικού / **Φ**: Προστέθηκε Φάρμακο
 Δηλώνω υπεύθυνα ότι, για όλο το χρονικό διάστημα συμμετοχής μου στο Μέτρο 14, μέχρι και την τελική πληρωμή του έτους δέσμευσης, θα έχω στην κατοχή μου όλα τα τιμολόγια/αποδείξεις πληρωμής που αφορούν την αγορά των εγκεκριμένων και ενδεικνυόμενων από τις Αρμόδιες Αρχές απαιτούμενων φαρμακευτικών ή/και άλλων σκευασμάτων για την εφαρμογή της Δράσης Α

ΠΑΑ 2014-2020, Μέτρο 14 «Καλή Διαβίωση των Ζώων - Αιγοπρόβάτων», Έκδοση 3 - Μάϊος 2022

Μονογραφή Αιτητή.....

Μ14/Α.4.1. ΜΗΤΡΩΟ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗΣ (ΣΧΕΔΙΟ ΕΛΕΓΧΟΥ) ΤΡΩΚΤΙΚΩΝ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΚΤΗΝ. ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΗΣ: CYS

ΕΤΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ :

Έλεγχος Ποντικοπαγίδων

A/A	Χώρος τοποθέτησης ποντικοπαγίδων (σύμφωνα με το σχέδιο κάτοψης της εκμετάλλευσης)	Αριθμός παγίδων	ΙΑΝ. *	ΦΕΒΡ. *	ΜΑΡΤ. *	ΑΠΡ. *	ΜΑΗΣ *	ΙΟΥΝ. *	ΙΟΥΛ. *	ΑΥΓ. *	ΣΕΠΤ. *	ΟΚΤ. *	ΝΟΕ. *	ΔΕΚ. *

* Να σημειώνεται ανά μήνα, ότι ισχύει από τις ακόλουθες ενδείξεις: **Ε**: Έγινε έλεγχος / **Ι**: Ικανοποιητικό (δεν υπάρχουν ενδείξεις για ύπαρξη ποντικού) / **Π**: Ενδείξεις για ύπαρξη ποντικού / **Φ**: Προστέθηκε Φάρμακο

Δηλώνω υπεύθυνα ότι, για όλο το χρονικό διάστημα συμμετοχής μου στο Μέτρο 14, μέχρι και την τελική πληρωμή του έτους δέσμευσης, θα έχω στην κατοχή μου όλα τα τιμολόγια/αποδείξεις πληρωμής που αφορούν την αγορά των εγκεκριμένων και ενδεικνυόμενων από τις Αρμόδιες Αρχές απαιτούμενων φαρμακευτικών ή/και άλλων σκευασμάτων για την εφαρμογή της Δράσης Α

Μ14/Α.4.1. ΜΗΤΡΩΟ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗΣ (ΣΧΕΔΙΟ ΕΛΕΓΧΟΥ) ΤΡΩΚΤΙΚΩΝ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΚΤΗΝ. ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΗΣ: CYS

ΕΤΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ :

Έλεγχος Ποντικοπαγίδων

A/A	Χώρος τοποθέτησης ποντικοπαγίδων (σύμφωνα με το σχέδιο κάτοψης της εκμετάλλευσης)	Αριθμός παγίδων	ΙΑΝ. *	ΦΕΒΡ. *	ΜΑΡΤ. *	ΑΠΡ. *	ΜΑΗΣ *	ΙΟΥΝ. *	ΙΟΥΛ. *	ΑΥΓ. *	ΣΕΠΤ. *	ΟΚΤ. *	ΝΟΕ. *	ΔΕΚ. *

* Να σημειώνεται ανά μήνα, ότι ισχύει από τις ακόλουθες ενδείξεις: **Ε:** Έγινε έλεγχος / **Ι:** Ικανοποιητικό (δεν υπάρχουν ενδείξεις για ύπαρξη ποντικού) / **Π:** Ενδείξεις για ύπαρξη ποντικού / **Φ:** Προστέθηκε Φάρμακο
Δηλώνω υπεύθυνα ότι, για όλο το χρονικό διάστημα συμμετοχής μου στο Μέτρο 14, μέχρι και την τελική πληρωμή του έτους δέσμευσης, θα έχω στην κατοχή μου όλα τα τιμολόγια/αποδείξεις πληρωμής που αφορούν την αγορά των εγκεκριμένων και ενδεικνυόμενων από τις Αρμόδιες Αρχές απαιτούμενων φαρμακευτικών ή/και άλλων σκευασμάτων για την εφαρμογή της Δράσης Α

Μ14/Α.4.1. ΜΗΤΡΩΟ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗΣ (ΣΧΕΔΙΟ ΕΛΕΓΧΟΥ) ΤΡΩΚΤΙΚΩΝ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΚΤΗΝ. ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΗΣ: CYS

ΕΤΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ :

Έλεγχος Ποντικοπαγίδων

A/A	Χώρος τοποθέτησης ποντικοπαγίδων (σύμφωνα με το σχέδιο κάτοψης της εκμετάλλευσης)	Αριθμός παγίδων	ΙΑΝ. *	ΦΕΒΡ. *	ΜΑΡΤ. *	ΑΠΡ. *	ΜΑΗΣ *	ΙΟΥΝ. *	ΙΟΥΛ. *	ΑΥΓ. *	ΣΕΠΤ. *	ΟΚΤ. *	ΝΟΕ. *	ΔΕΚ. *

* Να σημειώνεται ανά μήνα, ότι ισχύει από τις ακόλουθες ενδείξεις: **Ε:** Έγινε έλεγχος / **Ι:** Ικανοποιητικό (δεν υπάρχουν ενδείξεις για ύπαρξη ποντικού) / **Π:** Ενδείξεις για ύπαρξη ποντικού / **Φ:** Προστέθηκε Φάρμακο
 Δηλώνω υπεύθυνα ότι, για όλο το χρονικό διάστημα συμμετοχής μου στο Μέτρο 14, μέχρι και την τελική πληρωμή του έτους δέσμευσης, θα έχω στην κατοχή μου όλα τα τιμολόγια/αποδείξεις πληρωμής που αφορούν την αγορά των εγκεκριμένων και ενδεικνυόμενων από τις Αρμόδιες Αρχές απαιτούμενων φαρμακευτικών ή/και άλλων σκευασμάτων για την εφαρμογή της Δράσης Α

Μ14/Α.4.1. ΜΗΤΡΩΟ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗΣ (ΣΧΕΔΙΟ ΕΛΕΓΧΟΥ) ΤΡΩΚΤΙΚΩΝ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΚΤΗΝ. ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΗΣ: CYS

ΕΤΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ :

Έλεγχος Ποντικοπαγίδων

A/A	Χώρος τοποθέτησης ποντικοπαγίδων (σύμφωνα με το σχέδιο κάτοψης της εκμετάλλευσης)	Αριθμός παγίδων	ΙΑΝ. *	ΦΕΒΡ. *	ΜΑΡΤ. *	ΑΠΡ. *	ΜΑΗΣ *	ΙΟΥΝ. *	ΙΟΥΛ. *	ΑΥΓ. *	ΣΕΠΤ. *	ΟΚΤ. *	ΝΟΕ. *	ΔΕΚ. *

* Να σημειώνεται ανά μήνα, ότι ισχύει από τις ακόλουθες ενδείξεις: **Ε**: Έγινε έλεγχος / **Ι**: Ικανοποιητικό (δεν υπάρχουν ενδείξεις για ύπαρξη ποντικού) / **Π**: Ενδείξεις για ύπαρξη ποντικού / **Φ**: Προστέθηκε Φάρμακο
 Δηλώνω υπεύθυνα ότι, για όλο το χρονικό διάστημα συμμετοχής μου στο Μέτρο 14, μέχρι και την τελική πληρωμή του έτους δέσμευσης, θα έχω στην κατοχή μου όλα τα τιμολόγια/αποδείξεις πληρωμής που αφορούν την αγορά των εγκεκριμένων και ενδεικνυόμενων από τις Αρμόδιες Αρχές απαιτούμενων φαρμακευτικών ή/και άλλων σκευασμάτων για την εφαρμογή της Δράσης Α