

ΜΕΤΡΟ 14: ΚΑΛΗ ΔΙΑΒΙΩΣΗ ΤΩΝ ΖΩΩΝ - ΑΙΓΟΠΡΟΒΑΤΩΝ
ΔΡΑΣΗ Α: ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΒΙΟΑΣΦΑΛΕΙΑΣ
ΜΗΤΡΩΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΚΤΗΝ. ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΗΣ: CYS.....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΤΟ ΜΕΤΡΟ :

ΕΤΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ: έτος
 (να οριστεί 1ο ή 2ο έτος)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΙΤΗΤΗ :

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΗΤΗ :

Διαδικασία: Έλεγχος Επισκεπτών Συχνότητα: Κάθε Επισκέπτης									Απολύμανση οχήματος και υποδημάτων των επισκεπτών (ΝΑΙ / ΟΧΙ) (συμπληρώνεται από τον αιτητή / διαχειριστή της κτηνοτροφικής μονάδας)
A/A	Ημερομηνία	Όνοματεπώνυμο	Υπηρεσία / Εταιρεία	Τηλέφωνο	Σκοπός Επίσκεψης	Ώρα Εισόδου	Ώρα Εξόδου	Υπογραφή Επισκέπτη	

Δηλώνω υπεύθυνα ότι, για όλο το χρονικό διάστημα συμμετοχής μου στο Μέτρο 14, μέχρι και την τελική πληρωμή του δεύτερου 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

ΜΗΤΡΩΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΚΤΗΝ. ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΗΣ: CYS

ΕΤΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ (να οριστεί 1ο ή 2ο έτος): έτος

Διαδικασία: Έλεγχος Επισκεπτών Συχνότητα: Κάθε επισκέπτης									Απολύμανση οχήματος και υποδημάτων των επισκεπτών (ΝΑΙ / ΟΧΙ) (συμπληρώνεται από τον αιτητή / διαχειριστή της κτηνοτροφικής μονάδας)
A/A	Ημερομηνία	Όνοματεπώνυμο	Υπηρεσία / Εταιρεία	Τηλέφωνο	Σκοπός Επίσκεψης	Ώρα Εισόδου	Ώρα Εξόδου	Υπογραφή Επισκέπτη	

Δηλώνω υπεύθυνα ότι, για όλο το χρονικό διάστημα συμμετοχής μου στο Μέτρο 14, μέχρι και την τελική πληρωμή του δεύτερου 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

ΜΗΤΡΩΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΚΤΗΝ. ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΗΣ: CYS

ΕΤΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ (να οριστεί 1ο ή 2ο έτος): έτος

Διαδικασία: Έλεγχος Επισκεπτών Συχνότητα: Κάθε επισκέπτης									Απολύμανση οχήματος και υποδημάτων των επισκεπτών (ΝΑΙ / ΟΧΙ) (συμπληρώνεται από τον αιτητή / διαχειριστή της κτηνοτροφικής μονάδας)
A/A	Ημερομηνία	Όνοματεπώνυμο	Υπηρεσία / Εταιρεία	Τηλέφωνο	Σκοπός Επίσκεψης	Ωρα Εισόδου	Ωρα Εξόδου	Υπογραφή Επισκέπτη	

Δηλώνω υπεύθυνα ότι, για όλο το χρονικό διάστημα συμμετοχής μου στο Μέτρο 14, μέχρι και την τελική πληρωμή του δεύτερου 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