

TRETIRANJE PČELINJIH ZAJEDNICA PROTIV VAROE

Ime i prezime pčelara: _____

Adresa: _____

Lokacija pčelinjaka (navesti naziv/adresu i poštanski broj mjesta): _____

Datum primjene VMP-a (navesti datume): _____

Broj tretiranih pčelinjih zajednica: _____

Naziv i količina korištenog VMP-a: _____

Način tretiranja: _____

Napomene i opažanja: _____

Ime i potpis osobe koja je provela tretiranje: _____