

BEYANNAME

(Gerçeğe aykırı beyanda bulunulması halinde, beyan sahipleri hakkında ilgili mevzuat hükümleri ve Türk Ceza Kanununa göre işlem yapılır.)

1- Bölümün Sahibi veya İşleticisinin;

- a) Adı ve Soyadı :
b) Ticari adı :
c) İletişim Adresi :
d) Telefon no :
e) Faks no :
f) E-Posta adresi :

2. Bölümden sorumlu olacak Bölüm Sorumlusunun;

- a) Adı ve Soyadı :
b) İletişim Adresi :
c) Telefon no :
d) Faks no :
e) E-Posta adresi :

3. Arılık talep edilen hastalıklar:

4. Bölüm içerisinde yer alan işletmeler; (Bölüm içerisinde yer alan işletmeler kadar satır sayısı artırılır.)

S.N o	İşletme Adı veya İşleticisinin Adı ve Soyadı	Faaliyet alanı	İşletme No'su	Kurulu Kapasitesi	Aktif Kapasitesi	Tel	Adresi
1							
2							
3							
4							
5							

Yukarıdaki bilgilerin doğruluğunu beyan ve taahhüt ederim.

Bölüm İzni İçin Başvuran İşletme Sahibi

Adı ve Soyadı

İmza/Tarih

GIDA, TARIM VE HAYVANCILIK BAKANLIđI
Gıda ve Kontrol Genel Müdürlüğü

HASTALIKTAN ARI BÖLÜM SERTİFİKASI

Sertifika No : Tarih / ... /

Hastalıktan Ari Bölüm Sertifikası Verilen Hastalık/Hastalıklar:

Hastalıktan Ari Bölümün Faaliyet Alanı:

Hastalıktan Ari Bölümün İletişim Adresi:

Yapılan denetimler sonucunda, yukarıda numaraları belirtilen işletmelerden oluşan bölüme Hastalıktan Ari Bölüm Sertifikası verilmesi uygun görülmüştür.

Bakan a.
Genel Müdür
(İmza)