



OBJEDNÁVKA LABORATORNÍHO VYŠETŘENÍ

Vlastní číslo objednávky

Datum odběru

ADRESA

ZADAVATELE

(KVS=ústřední pracoviště)

Telefon (mobil) na zadavatele:

Důvod odběru vzorků: (X)

- monitoring varroázy
 MVP -ochranné pásmo
 MVP monitoring- OP po 5 letech
 MVP chov včelích matek, produkce oddělků
 MVP kočování přemístění mimo obec
 nose móza chov včelích matek

kód KZ

- EpM300
 EpM120
 EpM130
 ExM110
 ExM 400

Požadovaný rozsah vyšetření: (X)

- varroáza
 mor včelího plodu
 nosemová nákaza
 roztočiková nákaza
 úhyn včelstva z neznámé příčiny
 fyzikálně chemické vyšetření medu

Jiný důvod a požadovaný rozsah vyšetření-s popisem

IDENTIFIKACE VZORKU

Chovatel - jméno, příjmení /
název firmy

telefon

IČ

Adresa bydliště / sídla
firmy

PSČ

Registrační číslo včelaře

Datum narození (pro uplatnění dotace):

Registrační číslo stanoviště

Adresa stanoviště a
číslo k.ú stanoviště

Okres, na kterém se
nachází stanoviště

Počet včelstev na stanovišti /
lokalitě odběru

Adresa jednatele místně
příslušné ZO ČSV

Údaje o včelaři a stanovišti včelstev se při hromadném odběru vyplňují v příloze

POPIS VZORKŮ *)					POČET VZORKŮ CELKEM:		
Číslo vzorku:	ÚLOVÁ MĚL	VČELÍ PLÁSTY			VYTOČENÝ MED	VČELY	POPIS (upřesnění) čísla úlů, u směsných vzorků z kolika včelstev, příp. odkaz na přílohu
		PLODOVÝ	ZÁSOBNÍ	SOUŠE			

*) při hromadném odběru vzorků použijte přílohu

Výsledky zašlete: (označte
X v příslušném poli)

zadavatel
 odesílajícímu
 chovateli

ZO ČSV místně příslušné
 KVS
 inspektorát

FAKTURUJTE NA ADRESU:

ZADAVATELE

CHOVATELE

ZO ČSV

Vzorky odebral a odeslal	Jméno	Datum, podpis, razítko
	Adresa	
	Telefon, mobil	