**Objednávka vyšetření varroázy z měli**

**Kontaktní údaje**

**(tyto údaje jsou povinné)**

Příjmení**:**

Číslo popisné**:**

PSČ**:**

E-mail**:**

Jméno**:**

Ulice**:**

Město**:**

Telefon**:**

Registrační číslo chovatele**:**

Protokol s výsledky si přeji poslat [ ]  e-mailem [ ]  poštou

Fakturační údaje (uveďte, pokud se liší od kontaktních údajů):

**Vzorky k vyšetření**

Počet vzorků k vyšetření:

**Seznam vzorků:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Označení vzorku\* (např. 1,2,3) | Registrační číslo stanoviště\* | Číslo katastrálního území | Okres, ve kterém se nachází stanoviště\* | Počet včelstev, ze kterých je odebrán směsný vzorek\* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**\*** povinné údaje

**Datum:** 25.01.2024

**Podpis:**

**Odesláním objednávky se zavazuji k platbě za vyšetření.**

**Poznámka**:

**Tuto objednávku spolu se vzorky zašlete na**

Výzkumný ústav včelařský, s. r. o.

Dol 35

250 69 Máslovice