

PROGRAMA APÍCOLA NACIONAL 2020-2022

Ano Apícola 20_____

Medida 2 – Luta contra os agressores e as doenças das colmeias, em particular a varroose

Ação 2.1 – Luta Contra a Varroose

Termo de Entrega ao Apicultor – Medicamento/Ceras

N.º do Termo _____

I - IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO					
Nome / Denominação Social					
NIF / NIPC			NIFAP		

II – O APICULTOR

II.I - Identificação do Apicultor

NIF		NIFAP		Nº de Apicultor	
-----	--	-------	--	-----------------	--

Nome					
------	--	--	--	--	--

II.II - Identificação do Medicamento

Declaro que recebi:

Nº de Colmeias a tratar	Nome do medicamento	Data de validade	Número de lote	Tipo de embalagem	Nº de embalagens

Declaro que as ceras são substituídas _____ (indicar a periodicidade)

Última substituição em _____ / _____ (indicar mês/ano), proveniente de:

comerciante (identificar Nº) _____

próprio(s) apiário(s)

No caso específico dos da RA dos Açores, foi feita esterilização das ceras antes de introdução nas colmeias, em:

_____ / _____ (indicar mês/ano)

Declaro que é feita a adequada higiene e regular desinfeção do material apícola, bem como a limpeza de estrados _____ (*indicar a periodicidade*) de acordo com a metodologia preconizada no Plano Sanitário da Organização de Produtores / Associação / Cooperativa (*riscar o que não interessa*)

_____, _____ de _____ de 20__

O Apicultor

O Beneficiário

(Assinatura)

(Nome Legível)

O seu representante, na qualidade de: _____

(Assinatura)

(Assinatura e Carimbo)

PROGRAMA APÍCOLA NACIONAL 2020-2022

Medida 2 – Luta contra os agressores e as doenças das colmeias, em particular a varroose

Ação 2.1 – Luta Contra a Varroose

Termo de Entrega ao Apicultor – Medicamento/Ceras

Instruções de Preenchimento

Ano Apícola 20__: Identificar a campanha a que respeita.

N.º do Termo – preencher com um número sequencial, por ordem de entrega.

I – Identificação do Beneficiário

Todos os campos deste quadro devem ser obrigatoriamente preenchidos pelo beneficiário.

II – O Apicultor

II.I – Identificação do Apicultor

Todos os campos deste quadro devem ser obrigatoriamente preenchidos pelo beneficiário.

II.II – Identificação do Medicamento

Todos os campos deste quadro devem ser obrigatoriamente preenchidos pelo beneficiário.

O Apicultor/ Beneficiário/Procurador(es)/Representante(s) Legal(ais), após confirmação dos dados, deve assinar o formulário nos espaços existentes para o efeito.

Os Beneficiários pessoa coletiva, deverão ainda apor a data e o respetivo carimbo ou selo branco.