Potvrdenie o vykonaní klinickej prehliadky včelstiev na prítomnosť moru včelieho plodu

Meno majiteľa : .....
Adresa : .....
Registračné číslo vlastníka: .....

Stanovište včelstiev (ak nie je totožné s adresou majiteľa- uviesť č. parcely, kataster obce) :
.....

A / Stav včelnice a včelstiev

Počet rezervných úľov :.....
Počet rezervných rámikov s medzistienkami :.....
Spôsob uskladnenia a ošetrenia plástov:.....
.....
Počet obsadených úľov : .....
Odoberateľné dná úľov : áno - nie *
Minimálne tretinová obnova diela plodiska medzistienkami, alebo vystavanými panenskými plástmi počas včelárskej sezóny: áno - nie *
Počet včelstiev : 1,silných :.....2, stredne silných :.....3,slabých :.....

B / Dezinfekcia vykonávaná na včelnici
Včelárskych pomôcok a zariadení : áno - nie */ čím:.....
.....
Dezinfekcia každoročne jednej tretiny používaných úľov: áno - nie */ posledná kedy : .....
čím:.....

C / Výsledok klinickej prehliadky včelstiev
Čísla úľov s pozitívnym klinickým nálezom moru včelieho plodu :
.....
Druh odobratých vzoriek :.....
Vzorky odoslané na vyšetrenie do : ŠVPÚ Dolný Kubín
Dňa : .....

Prehliadku včelstiev vykonal / meno /** :.....

V : ..... dňa : .....

....
podpis včelárskeho odborníka**, ktorý klinickú prehliadku vykonal, pečiatka — podpis majiteľa včelstiev

*/ čo sa nehodí prečiarknite
**/ veterinárny lekár alebo asistent úradného veterinárneho lekára
Poznámka: V prípade pozitívneho klinického nálezu okamžite oznámiť podozrenie na príslušnú RVPS pričom sa odoberú vzorky na laboratórne vyšetrenie (vzorka 10×15 cm vyrezaná z podozrivého plodového plástu).