Betrieb:_____ Laufende Nummer:_____ Jahr:_____

Schädlingskontrolle und Bekämpfung

Verantwortliche Person:

Kontrolle auf Schädlingsbefall				Schädlingsbekämpfung			
Datum	Betriebsbereich	Wie wurde geprüft?	Was wurde festgestellt?	Datum	Wer? intern/ extern?	Bekämfungsmittel, Köder, sonstige Maßnahmen	Hand-zeichen

Schädlingsbekämpfer: **Telefon:**