

PRILOGA 5

IZKAZNICA (SVETOVALEC ZA FFS, PRODAJALEC FFS, IZVAJALEC UKREPOV VARSTVA RASTLIN)

No 000000

Izvajalec usposabljanja: _____

EAN 8

Naslov izvajalca: _____

Kraj, datum izdaje potrdila: _____

Osebno ime udeleženca: _____

Datum in kraj rojstva: _____

Stalno prebivališče: _____

Potrdilo velja do ___ ___ M.P. _____ podpis izvajalca uspos.
Potrdilo velja do ___ ___ M.P. _____ podpis izvajalca uspos.
Potrdilo velja do ___ ___ M.P. _____ podpis izvajalca uspos.
Potrdilo velja do ___ ___ M.P. _____ podpis izvajalca uspos.
Potrdilo velja do ___ ___ M.P. _____ podpis izvajalca uspos.
Potrdilo velja do ___ ___ M.P. _____ podpis izvajalca uspos.
Potrdilo velja do ___ ___ M.P. _____ podpis izvajalca uspos.

(izvajalec usposabljanja)

(naslov izvajalca)

Na podlagi Pravilnika o usposabljanju o
fitofarmaceutskih sredstvih
izdaja

(vtisnjen grb RS)
POTRDILO

O PRIDOBITVI ZNANJ IZ FITOMEDICINE
ZA
(ustrezna kategorija)

kraj, datum izdaje potrdila M.P. _____
podpis izvajalca usposabljanja

(vtisnjena serijska številka potrdila)



Fotografija
s pečatom

M.P.

Podpis

Osebno ime udeleženca

Datum in kraj rojstva

Stalno prebivališče

Potrdilo velja
do ___ ___ M.P. _____
podpis izvajalca uspos.

Potrdilo velja
do ___ ___ M.P. _____
podpis izvajalca uspos.

Potrdilo velja
do ___ ___ M.P. _____
podpis izvajalca uspos.

Potrdilo velja
do ___ ___ M.P. _____
podpis izvajalca uspos.

Potrdilo velja
do ___ ___ M.P. _____
podpis izvajalca uspos.

Potrdilo velja
do ___ ___ M.P. _____
podpis izvajalca uspos.

Potrdilo velja
do ___ ___ M.P. _____
(podpis izvajalca uspos.)