

ΟΝΟΜΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ:.....
Αρ. Ταυτότητας Εργοδότη / Αρ. Εγγραφής Εταιρείας:.....
Διεύθυνση:

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Θέμα: Επαγγελματίας Χρήστης Φυτοπροστατευτικών Προϊόντων
Βεβαίωση Εργοδότη

Δια της παρούσας βεβαιούται ότι ο/η.....με
αριθμό πολιτικής ταυτότητας είναι εργοδοτούμενος
στ..... και εφαρμόζει Φυτοπροστατευτικά
Προϊόντα στα πλαίσια των καθηκόντων του.

Υπογραφή:

(1).....
Εργοδότης

(2).....
Χρήστης Φυτοπροστατευτικών Προϊόντων

Ημερομηνία:.....