



## GEOFARM

ΣΤΑΘΜΟΣ ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ  
ΓΕΩΡΓΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Μαραγκουδάκη 8 (Πλατεία Ελευθερίας), Σέρρες

Τηλ : 23210 55532, Email : [info@cschool.gr](mailto:info@cschool.gr), [www.geofarm.edu.gr](http://www.geofarm.edu.gr)

### ΑΙΤΗΣΗ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΓΕΩΡΓΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Όνοματεπώνυμο : \_\_\_\_\_

Διεύθυνση : \_\_\_\_\_ Τηλ : \_\_\_\_\_

ΑΦΜ : \_\_\_\_\_ ΔΟΥ : \_\_\_\_\_

Καλλιεργούμενες Εκτάσεις με χρήση Ψεκαστικού κατά προσέγγιση : \_\_\_\_\_ στρέμματα

#### ΤΕΧΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΨΕΚΑΣΤΙΚΟΥ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΟΣ

Είδος Ψεκαστικού	Ψεκαστήρας με οριζόντιους Βραχίονες	
	Νεφελοψεκαστήρας με αεροτουρμπίνα	

Κατασκευαστής : \_\_\_\_\_

Έτος Κατασκευής : \_\_\_\_\_ Χωρητικότητα Δεξαμενής \_\_\_\_\_ L (λίτρα)

#### ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ

Αρχικός Έλεγχος  Περιοδικός Επανεέλεγχος

- Με την παρούσα αίτηση, παρακαλώ να προβείτε στις απαιτούμενες ενέργειες για τον **υποχρεωτικό έλεγχο** του παραπάνω Ψεκαστικού Μηχανήματος, στα πλαίσια της ΚΥΑ Ε8 1831/39763/2015 (ΦΕΚ671/Β/2015).
- Για την αποδοχή του ελέγχου, την ηλεκτρονική καταχώρηση της παρούσης καθώς και την έναρξη της διαδικασίας της Επιθεώρησης από τον ΣΤ.Ε.Ε.Ε.Γ.Φ. καταβάλλω το ποσό των **40€** ως προκαταβολή.

**Ο αρχικός έλεγχος και η έκδοση του Πιστοποιητικού Επιθεώρησης ισχύουν για 5 έτη.**

#### ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Μετρητοίς, ή με κατάθεση στον λογαριασμό της ΕΘΝΙΚΗΣ τράπεζας με IBAN GR4401104650000046544049201, με την αιτιολογία << ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ-ΤΗΛΕΦΩΝΟ και τη λέξη ΨΕΚΑΣΤΙΚΟ>> και προσκόμιση του αποδεικτικού πληρωμής.

#### ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Με την παρούσα αίτηση, **δηλώνω υπεύθυνα**, ότι για τον έλεγχο και επιθεώρηση του Ψεκαστικού μου δεν έχω υποβάλλει αντίστοιχη αίτηση, σε άλλο ΣΤ.Ε.Ε.Ε.Γ.Φ.

Ημερομηνία Αίτησης :

Υπογραφή

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Ονοματεπώνυμο