

Kraj in datum: _____

**IZJAVA O IZGUBI, UNIČENJU POTRDILA ALI SPREMEMBI OSEBNIH PODATKOV ZA IZVAJALCA
UKREPOV OZ. PRODAJALCA FFS**

Spodaj podpisani/a _____, naslov stalnega bivališča:

_____, davčna št.: _____

izjavljam, da (ustrezno obkrožite):

- sem izgubil/a, uničil/a potrdilo za izvajalce ukrepov oz. prodajalce ffs.
- sem spremenil/a katerega od osebnih podatkov.

Prosim za preklic starega in izdajo novega potrdila. Hkrati s podpisom izjavljam, da nimam nobenega drugega potrdila o fitofarmaceutskih sredstvih.

Podpis: