



## Tro og love erklæring frem til MAB-autorisation

18. oktober 2016

Tro og love erklæring for personer/virksomheder, der frem til 1. juli 2020 ønsker at købe og anvende sprøjtemidler *uden* at have en medarbejder ansat, der er autoriseret i MAB og *uden* selv at være autoriseret i MAB. Erklæringen udfyldes ved at udfylde Felt A + B eller Felt A + C. Erklæringen er *kun* gyldig, hvis to felter er udfyldt.

Erklæringen skal opbevares på ovennævnte virksomhed og den skal opbevares sammen med original eller kopi af det relevante sprøjtecertifikat/sprøjtebevis eller bevis for gennemført opdateringskursus. Erklæringen skal på forlangende fremvises til kontrolmyndighed.

<p><b>Ejer/Driftsleder</b></p> <p>Jeg bekræfter hermed, at jeg selv eller en ansat i virksomheden er i besiddelse af et gyldigt sprøjtecertifikat/sprøjtebevis på ethvert tidspunkt, hvor jeg/virksomheden køber professionelle sprøjtemidler eller på ethvert tidspunkt, hvor jeg eller den ansatte med sprøjtecertifikat/sprøjtebevis benytter sprøjtemidler i erhvervsmæssig sammenhæng.</p> <p>Jeg er bekendt med, at ethvert køb af professionelle sprøjtemidler til og erhvervsmæssig anvendelse af sprøjtemidler i nævnte virksomhed uden opfyldelse af forpligtelse om relevante uddannelse/certifikat er ulovligt.</p>	<p><b>Felt A.</b></p> <p>Navn på virksomheden, som denne tro-og-love erklæring gælder for:</p> <p>Virksomhedens CVR nr.:</p> <p>P. nr. (hvis relevant):</p> <p>Navn på den ejer/driftsleder eller lign. der har bemyndigelser til at underskrive erklæringen.</p> <p>NAVN:</p> <p>CPR nr.:</p> <p>Dato og ejers/driftsleders underskrift:</p>
<p><b>Ejer/driftsleders sprøjtecertifikat</b></p> <p>Hvis ejer eller driftsleder selv har gyldigt sprøjtecertifikat/sprøjtebevis/bevis for opdateringskursus anføres oplysninger om erhvervlsen af uddannelsen her.</p> <p>Alternativt anføres disse oplysninger for en medarbejder i felt C nedenfor.</p>	<p><b>Felt B.</b></p> <p>Type af uddannelse/certifikat:</p> <p>Dato for gennemført kursus/uddannelse:</p> <p>Udløbsdato for certifikat/bevis (4 år fra udstedelse):</p>
<p><b>Medarbejders sprøjtecertifikat</b></p> <p>Undertegnede bekræfter hermed, at jeg er medarbejder i ovennævnte virksomhed og at jeg er i besiddelse af et gyldigt sprøjtecertifikat/sprøjtebevis/ bevis for opdateringskursus på ethvert tidspunkt, hvor jeg benytter sprøjtemidler i erhvervsmæssig sammenhæng i ovennævnte virksomhed.</p>	<p><b>Felt C.</b></p> <p>NAVN:</p> <p>CPR nr.:</p> <p>Type af uddannelse/certifikat:</p> <p>Dato for gennemført kursus/uddannelse:</p> <p>Udløbsdato for certifikat/bevis (4 år fra udstedelse):</p> <p>Medarbejders underskrift:</p>