


Bulletin d'adhésion au GDSAIF et Bon de commande des traitements de lutte contre la varroose - **A renvoyer avant le 15/02/19**

| Coordonnées | | | | | |
|---|--|--|---------------------------------|--|---------------|
| 1 | Numéro d'apiculteur (NAPI): | | NOM-Prénom : | | |
| | Société : | | Adresse : | | |
| | Code Postal : | | Ville : | | |
| | N° Fixe | | N° Portable | E-mail : | |
| | Syndicat/Association: | SAVO | Si AUTRE, préciser son nom : | | |
| 2 | Nombre de Ruchers : | | Nombre de Ruches : | | |
| 3 | Abonnement à la revue de la FNSOAD - <u>La Santé de l'Abeille</u> | 19 € | OUI / NON | | - € |
| 4 | Cotisation au GDSAIF - Tarif unique | 16 € | | | + |
| | Cotisation due : Avez-vous payé à ce jour votre cotisation au GDSAIF au SAVO ? | | OUI / NON | | - € |
| Commande de produits de traitements de lutte contre la varroose | | | | | |
| 5 | Traitement | Conditionnement | Prix unitaire | Qte | Total |
| | APIVAR | Sachet de 10 lanières pour 5 ruches | 25,00 € | | - € |
| | APILIFEVAR | Sachet de 2 plaquettes (2 sachets par ruche) | 4,30 € | | - € |
| | OXYBEE 11 | 1l pour 30 ruches | 36,00 € | | - € |
| | APIBIOXAL 35 (acide oxalique) | 1 sachet pour 10 ruches | 25,00 € | | - € |
| | APIBIOXAL 175 (acide oxalique) | 1 sachet pour 50 ruches | 88,00 € | | - € |
| | APISTAN | Sachet de 10 lanières pour 5 ruches | 25,00 € | | - € |
| <i>Attention! Tous les traitements non retirés au 31 Décembre 2019 seront considérés comme don au GDSAIF.</i> | | | Total Traitements : | | - € |
| 6 | Nombre théorique de ruches à traiter avec votre commande : (prévoir les essaims de l'année) | | - | | |
| 7 | DON pour le GDSAIF (FACULTATIF) | OUI / NON | Si OUI, Montant du Don : | | - € |
| | | | | | = |
| 8 | Règlement, par chèque à l'ordre du "GDSAIF"; pour un montant de : | | | TOTAL DU : | 0,00 € |
| | Banque : | | Chèque n° : | | |
| 9 | Je souhaite une facture | Faites un choix | OUI / NON | | |
| Commande à retirer à : | | | | | |
| 10 | Lors de l'AG du GDSAIF à Trappes | Le samedi 16 mars 19 (de 9h00 à 12h00) : | Faites un choix | OUI / NON | |
| | BEEOPIC - 516 rue Hélène Boucher - 78530 - BUC | Le samedi 22 juin 19 (de 9h00 à 12h00) : | | OUI / NON | |
| | Par Procuration | | | OUI / NON | |
| Remplir la procuration suivante et la découper pour la présenter le jour de la distribution | | | | | |
| <i>Pas de distribution chez Beeopic en dehors de ces deux dates. Si vous n'êtes pas disponible à cette date, pensez à donner procuration.</i> | | | | | |
| 11 | Imprimer le bon de commande et l'envoyer accompagné du règlement à l'adresse ci-contre : | | | Michel Amé 20 Allée Henri Matisse 95520 OSNY | |
| | Fait à : | | Le : | | |
| | Signature : | | | | |

| Emplacement des ruchers | | | |
|-------------------------|--------------------|-------|--------------|
| Code Postal | Adresse / lieu dit | Ville | Nb ruche (s) |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Total Ruches | | | 0 |

13

 Découper la procuration selon les pointillés

| PROCURATION POUR RETIRER LES TRAITEMENTS | |
|--|------------------------------------|
| <i>Partie à remplir par l'adhérent :</i> | |
| <i>Mr/Mme :</i> | |
| <i>Habitant à :</i> | |
| <i>Immatriculation rucher (N°API)</i> | 0 |
| | <i>Nombre de ruches :</i> |
| <i>Donne procuration à Mr/Mme</i> | <i>Syndic /association :</i> |
| <i>D'enlever ma commande.</i> | <i>Signature de l'adhérent :</i> |
| | <i>Date</i> |

14