

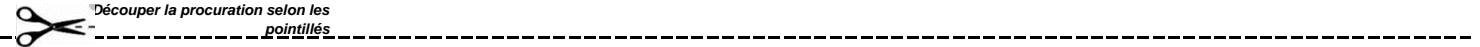
Bulletin d'adhésion au GDSAIF et Bon de commande des traitements de lutte contre la varroose - **A renvoyer avant le 31/05/2025**

Coordonnées					
1	Numéro d'apiculteur (NAPI):		NOM-Prénom :		
	Société :		Adresse :		
	Code Postal :		Ville :		
	N° Fixe		N° Portable	E-mail :	
	Syndicat/Association:	<b>SAVO</b>	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>	22 €	OUI / NON		- €
4	Cotisation au GDSAIF		18 €		+
	Cotisation due : Avez-vous déjà payé à ce jour votre cotisation au GDSAIF au SAVO ?		OUI / NON		- €
5	Commande de produits de traitements de lutte contre la varroose				
	Traitement	Conditionnement	Prix net unitaire	Qty	Total
	APIVAR	Sachet de 10 lanières pour 5 ruches	24,00 €		- €
	APIVAR	Sachet de 60 lanières pour 30 ruches	125,00 €		- €
	BAYVAROL	5 sachets de 4 lanières pour 5 ruches	25,00 €		- €
	APILIFEVAR	1 Sachet de 2 plaquettes (commander 2 sachets pour 1 ruche)	5,00 €		- €
	OXYBEE 1l (acide oxalique)	1l pour 30 ruches	38,00 €		- €
	VARROXAL 75g (acide oxalique)	traitement de 25 à 35 ruches	44,00 €		- €
	VARROXAL 200g (acide oxalique)	traitement de 70 à 100 ruches	95,00 €		- €
	VARROMED, 555 ml (AF+AO)	1 flacon pour 10 à 20 ruches	30,00 €		- €
Attention! Tous les traitements non retirés au 31 Décembre 2025 seront considérés comme don au GDSAIF.			Total Traitements :	- €	- €
6	DON pour le GDSAIF ( FACULTATIF )	OUI / NON	Si OUI, Montant du Don :		- €
					=
7	Règlement, par chèque à l'ordre du "GDSAIF" ou virement vers <b>IBAN FR76 1820 6002 4265 0053 6734 926</b> pour un montant de :			<b>TOTAL TTC :</b>	- €
	Banque :		Chèque n° :		
8	Je souhaite une facture	Faites un choix	OUI / NON		
9	<b>Commande à retirer à :</b>				
	Fort du Trou d'Enfer - Chemin du Trou d'enfer (D7) 78160 Marly-le-Roi		Le samedi 21 juin 2025 (de 9h00 à 12h00) :		OUI / NON
	Par Procuration : Remplir la procuration suivante et la découper pour la présenter le jour de la distribution				OUI / NON
<b>Pas de distribution en dehors de ces deux dates. Si vous n'êtes pas disponible à cette date, pensez à donner procuration.</b>					
10	Imprimer le bon de commande et l'envoyer accompagné du règlement à l'adresse ci-contre :			Michel Amé / mam95520@gmail.com 20 Allée Henri Matisse 95520 OSNY	
	Fait à :		Le :		
Signature :					

En remplissant ce formulaire, vous adhérez au Plan Sanitaire d'Elevage du GDSAIF et vous acceptez qu'une visite sanitaire soit effectuée dans votre rucher. De plus, vous acceptez que le GDSAIF mémorise vos données personnelles collectées et vous autorisez le GDSAIF à communiquer occasionnellement avec vous s'il le juge nécessaire afin de vous apporter les informations qu'il jugera utile, via les coordonnées collectées dans le formulaire. Afin de protéger la confidentialité de vos données personnelles, le GDSAIF s'engage à sécuriser, à ne pas divulguer, à ne pas transmettre ni partager vos données personnelles avec d'autres entités, entreprises ou organismes, quels qu'ils soient, conformément au Règlement Général de Protection des Données n° 2016/679 sur la protection des données personnelles et à notre politique de gestion des données. Vous disposez d'un droit de rectification en vous adressant à eticalais@yahoo.com.

Emplacement des ruchers			
Code Postal	Adresse / lieu dit	Ville	Nb ruche (s)
<b>Total Ruches</b>			<b>0</b>

13



PROCURATION POUR RETIRER LES TRAITEMENTS	
<b>Partie à remplir par l'adhérent :</b>	
<b>Mr/Mme :</b>	
<b>Habitant à :</b>	
<b>14 Immatriculation rucher (N°API)</b>	<b>Nombre de ruches : 0</b>
Donne procuration à Mr/Mme .....	Syndic /association : .....
D'enlever ma commande.	Date ..... Signature de l'adhérent :