


Bulletin d'adhésion au GDSAIF et Bon de commande des traitements de lutte contre la varroose - **A renvoyer avant le 10/02/21**

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>	18 €	OUI / NON		- €
4	Cotisation au GDSAIF - <b>Tarif unique</b>	16 €			+
	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 unitaire	Qte	Total
	APIVAR	Sachet de 10 lanières pour 5 ruches	21,00 €		- €
	APILIFEVAR	2 Sachets de 2 plaquettes (trt pour 1 ruche)	8,60 €		- €
	OXYBEE 1I	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	85,00 €		- €
Attention! Tous les traitements non retirés au 31 Décembre 2021 seront considérés comme don au GDSAIF.				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 :			<b>TOTAL TTC :</b>	- €
	Banque :		Chèque n° :		
9	Je souhaite une facture	Faites un choix	OUI / NON		
10	<b>Commande à retirer à :</b>				
	Lors de l'AG du GDSAIF à Trappes	Le samedi 20 mars 21 (de 9h00 à 15h00) :	Faites un choix	OUI / NON	
	ICKO - 516 rue Hélène Boucher - 78530 - BUC	Le samedi 19 juin 21 (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 <b>Pas de distribution chez ICKO en dehors de ces deux dates. Si vous n'êtes pas disponible à cette date, pensez à donner procuration.</b>					
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 :				

En signant ce bulletin d'adhésion, j'accepte expressément de recevoir des courriels du GDSAIF qui s'engage à ne céder vos informations personnelles à aucun tiers.

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

 Découper la procuration selon les pointillés

PROCURATION POUR RETIRER LES TRAITEMENTS	
<i>Partie à remplir par l'adhérent :</i>	
<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	<b>C. LESOURD</b> <b>SAVO</b> clesourd@gmail.com      Syndic /association :
D'enlever ma commande.	Date .....      Signature de l'adhérent :