

**GDSAIF 2018 : Adhésion au GDSAIF et au Plan Sanitaire d'Elevage (N° : 2011.179.004. Agrément PH78423090)  
Avec bon de commande des traitements de lutte contre la varroose**

Le PSE est consultable sur le site du GDSAIF :

<https://gdsaif.fr>

**Date limite de commande : 25 mai 2018**

<b>E T A P E S</b>	Président : Etienne Calais Adresse Mail : eticalais@yahoo.fr		Vétérinaire conseil : Corinne Ribier Adresse Mail : ribierc@orange.fr	
	Notice d'utilisation du bon de commande			
	Merci de remplir les cases en orange		Rayer la mention inutile	
<b>Coordonnées</b>				
<b>1</b>	Numéro d'apiculteur :		NOM-Prénom :	
	Société :		Adresse :	
	Code Postal :		Ville :	
	N° Fixe		N° Portable	
			E-mail :	
	<b>Syndicat/Association/CE :</b>	SAVO	<b>Si AUTRE, préciser son nom :</b>	
<b>2</b>	Nombre de Ruchers :		Nombre de Ruches :	
<b>3</b>	Abonnement a la revue de la FNSOAD - La santé de l'abeille - 19,00 €		OUI / NON	- €
<b>4</b>	Cotisation au GDSAIF - 15 € si adhésion via un syndicat / une association / CE - 18 € si adhésion individuelle			+
	Cotisation dûe : Avez-vous payé à ce jour votre cotisation au GDSAIF au SAVO ?		OUI / NON	- €
<b>5</b>	<b>Commande de produits de traitements de lutte contre la varroose</b>			
	<b>Traitement</b>	<b>Conditionnement</b>	<b>Prix unitaire</b>	<b>Qte</b>
	APIVAR	Sachet de 10 lanières pour 5 ruches	25,00 €	
	APILIFEVAR	Sachet de 2 plaquettes ( 2 sachets par ruche)	4,30 €	
	MAQS 4	Seau de 4 bandes pour 2 ruches	17,00 €	
	MAQS 20	Seau de 20 bandes pour 10 ruches	68,00 €	
	APIBIOXAL 35	1 sachet pour 10 ruches	25,00 €	
	APIBIOXAL 175	1 sachet pour 50 ruches	88,00 €	
			<b>Total Traitements :</b>	- €
<i>Attention! Tous les traitements non retirés au 31 Décembre 2018 seront considérés comme don au GDSAIF.</i>				
<b>6</b>	Nombre théorique de ruches à traiter avec votre commande : (prévoir les essaims de l'année)		-	+
<b>7</b>	DON pour le GDSAIF ( FACULTATIF )	OUI / NON	Si OUI, Montant du Don :	- €
				=
<b>8</b>	Règlement, par chèque à l'ordre du "GDSAIF"; pour un montant de :		<b>TOTAL DU :</b>	€
	Banque :		Chèque n° :	
<b>9</b>	Je souhaite une facture	Faites un choix	OUI / NON	Si OUI Précisez :
	Si "OUI" l'adresse de facturation à défaut sera celle définie à l'étape n°1			



**PROCURATION POUR RETIRER LES TRAITEMENTS**

*Partie à remplir par l'adhérent :*

*Mr/Mme :*

*Habitant à :*

14

*Immatriculation rucher  
(N°API)*

*Nombre de ruches :*

**0**

*Donne pouvoir à Mr/Mme*

*Syndic /association :*

*D'enlever ma commande.*

*Date .....*

*Signature de l'adhérent :*