



# Groupement de Défense Sanitaire Apicole de la Manche

Section adhérente au



**ANNEE 2019**

## **A) Adhésion au GDSA :**

NOM : ..... Prénom : .....

Domicilié : n° ..... rue/lieu-dit : .....

COMMUNE : ..... CODE POSTAL : .....

CANTON (ancien) : ..... Téléphone : .....

Adresse e-mail ; .....@.....

N° de RUCHER : NAPI (obligatoire) : **50 0** ..... ou .....

Emplacement du (ou des) rucher(s) et nombre de ruches :

Départ.	Commune	lieu-dit	Nb de ruches

## **Désire adhérer au Groupement de Défense Sanitaire Apicole de la Manche :**

1° - Cotisation fixe : (dont 1 € pour la section régionale).....13, 00 €

2° Cotisation par ruche:- de 0 à 50 ruches : 0,30 € x .....ruches = ... ,.... €

- à partir de 51 ruches et au-delà :0,25 € x .....ruches = ... ,.... €

3° Abonnement (groupé) à la revue *La santé de l'abeille* (18 € par an)

oui = ... ,.... €

**TOTAL A =**

.....	€
-------	---

## **B) Commande de médicaments pour lutter contre la varroase :**

L'adhésion au GDSA et l'engagement au Plan Sanitaire d'Élevage (PSE) sont obligatoires pour la prise en compte de la commande des médicaments APIVAR et VARROMED. Le Plan Sanitaire d'Élevage (PSE) qui définit les moyens à mettre en œuvre pour lutter contre la varroase vous est communiqué au dos du courrier joint.

**BULLETIN D'ENGAGEMENT AU PLAN SANITAIRE D'ELEVAGE**

Je soussigné

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

COMMUNE : .....CODE POSTAL : .....

**adhère au Plan Sanitaire d'Élevage proposé par le Groupement Sanitaire Apicole de la Manche (ce plan vous est communiqué au dos du courrier joint).**

**\*Rappel**

La quantité de médicaments commandés doit correspondre au nombre de ruches déclarées au GDSA.

Le prix de cession des Apivar est fixé à 20 € le paquet, il tient compte de l'aide que le conseil Départemental nous verse habituellement

**► COMMANDE DES LANIERES APIVAR :**

Je commande ferme .....paquets de 10 lanières APIVAR  
soit 20 € x ..... paquets =  , €

**► COMMANDE DE VARROMED : (flacon de 555 ml)**

je commande ferme.....flacons de Varromed  
soit 23,50 € x.....flacons =  , €

Signature :.....

**TOTAL B =**  
**(Apivar+ Varromed)**

+

↓

 , €

\*\*\*\*\*

**TOTAL GENERAL**

→ - **A** (Adhésion ..... = .....,.....€

→ - **B** (APIVAR + VARROMED) = .....,.....€

**TOTAL A + B =**  , €

**Cette feuille, accompagnée de votre règlement par chèque du total (A+B), libellé à l'ordre du GDSA 50 doit être expédiée avant le 26 janvier 2019 [Merci de bien respecter cette date] à l'adresse suivante:**

**Monsieur Lucien LIOT  
le Parc -Rue de la Verjusière  
50200 COUTANCES**