 GROUPEMENT SANITAIRE APICOLE DU MORBIHAN

**Nom**

 Adresse

**COMMANDE de médicaments ANTI-VARROA 2023**

**A renvoyer avec votre règlement avant le 29 Avril 2023**

**A :**

**CHEPPTTELL Danièle**

**8 KERBERT**

**56500 SAINT ALLOUESTRE**

**ATTENTION : Passée cette date, aucune commande ne sera honorée.**

**Un conseil : remplissez-le tout de suite**

**Au moment de votre adhésion au GDSA-56, vous avez déclaré *ruche(s)***

Le GDSA 56 ne peut vous vendre des médicaments, qu’au prorata, des colonies déclarées à l’adhésion.

**Si le nombre de ruches a augmenté depuis votre adhésion** 2023, vous pouvez régulariser votre cotisation par un **ajout de la cotisation supplémentaire.**

Régularisation de cotisation suivant le nombre de ruches :

de 1 à 50 colonies : 0,50 € par ruche de 101 à 300 colonies : 0,20 € par ruche

de 51 à 100 colonies : 0,30 € par ruche + de 300 colonies  : 0,10 € par ruche

BON DE COMMANDE

# Nom

# Adresse

# Code Postal Commune

# ATTENTION : le **29 AVRIL 2023** est la date limite de réception. Passée cette date, aucune commande ne sera honorée.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de ruches déclarées à l’adhésion |  |

**COMMANDE DE PRODUITS ANTI VARROA :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de colonies à traiter (à remplir obligatoirement) |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| + | Nombre de colonies |   | cotisation |  |
|  **Régularisation de cotisation**  (\*voir P.1) |   |   |   |  = € |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| + | **Nombre** d’étui(s) ou sachet(s) ou flacon(s) |  | **Prix** par étui, sachet, boite ou flacon | TOTAL |
| APIVAR (1 étui pour 5 ruches) |  |   |  23,00 € | = € |
| APILIFE-VAR (2 sachets pour 1 ruche) 4 sachets |  |   |  5,50 € | = € |
| APIBIOXAL 35 (1 sachet pour 10 ruches) |  |  |  27,00 € | = € |
| APIBIOXAL 175 (pour 50 ruches) |  |  |  93,00 € | = € |
| APIBIOXAL 350 (pour 100 ruches) |  |  |  148,00 € | = € |
| FORMIC PRO (1 boite pour 2 ruches) boite de 4 |  |   |  30,00 € | = € |
| FORMIC PRO (1 boite pour 10 ruches) boite de 20 |  |  |  106,00 € | = € |
| VARROMED (1 flacon pour 5 ruches) |  |  |  30,00€ | = € |
| + |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Si vous choisissez la livraison par la poste, 10 EurosJusqu’à 5 paquets Apivar ou 5 paquets d’Api-Bioxal ou 8 sachets d’ApilevarAu-delà 10€ supplémentaires par 5 paquets Apivar ou Api Bioxal ou 8 sachets d’Apilevar.Pas de livraison poste pour Varromed |  |   €  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **MONTANT TOTAL A PAYER** |   |   €  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vous choisissez de vous déplacer chez un dépositairepour un retrait impératif le **24 Juin 2023** | **Nom du dépositaire :** |   |   |

**BON DE COMMANDE ET CHEQUE A EXPEDIER A :** GDSA 56 - chez Danièle CHEPPTTELL 8 KERBERT 56500 SAINT ALLOUESTRE

**Pour les adhérents non assujettis à la TVA le chèque à l’ordre de GDSA-56**

**Pour les adhérents assujettis à la TVA 2 chèques : un pour les médicaments à l’ordre d’INNOVAL, l’autre pour les frais de port à l’ordre du GDSA-56**

|  |  |
| --- | --- |
|  **Adhésion au PSE :*** J’ai pris connaissance du PSE (voir courrier joint) et j’accepte de m’y conformer,
* L’acceptation du PSE entraîne l’accord pour visite du vétérinaire conseil ou d’un TSA,
* J’accepte que la livraison se fasse par envoi postal ou chez un dépositaire.
 |  **A :**  **Le :** **SIGNATURE OBLIGATOIRE** |

**LIVRAISON DES PRODUITS ANTI VARROAS : 2 POSSIBILITES**

* **ENVOI POSTAL** :Le prix à rajouter aux médicaments.
* **CHEZ UN DEPOSITAIRE** : Vous pouvez vous déplacer chez un dépositaire le **24 Juin au matin**.

 Choisissez votre dépositaire dans le **tableau.**

 - Votre commande vous sera remise en main propre contre signature chez un dépositaire.

 - Il est possible de demander à quelqu’un de prendre votre colis chez un dépositaire : cette personne devra être munie d’une procuration sur papier libre, signée par vous-même.

Exemple :

*Je soussigné « Nom /Prénom » autorise « Nom/ Prénom » à prendre à ma place ma commande de traitement anti-varroa délivrée ce jour par le GDSA-56 chez « Nom /Prénom du dépositaire ».*

 *Date Signature*

**TABLEAU :**

Choix du dépositaire chez qui retirer vos produits : **impérativement le** **24 Juin 2023 au matin**

**ENTRE 10 HEURES ET 12 HEURES**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | **CHEMIN** | Bertrand | Les Grées Macé | CAMPENEAC 56800 | 07 87 67 45 05 |
| 2 | **JOSSE** | Yannick | 28 Rue de la Révolution 1789 | HENNEBONT 56700 | 06 80 74 74 45 |
| 3 | **GUEGAN** | Jean Luc | 1 Rue Penfret | LARMOR PLAGE 56260 | 06 98 29 22 73 |
| 4 | **LE CORRONC** | Stéphane | Place Monuments aux Morts | MALGUENAC 56300 | 02 97 27 34 67 |
| 5 | **LE CUNFF** | Jean Yves | Navéos | PLUVIGNER 56330 | 07 82 34 48 65 |
| 6 | **LE GUENNEC** | Eric | 33 Rue des TROIS MOULINS | BREHAN 56580 | 06 49 22 94 95 |
| 7 | **GUEHENNEC** | Thomas | 14 Rue du Pont Clos | BAUD 56150 | 06 58 69 18 65 |
| 8 | **MALRY** | Hervé | 8 Rue Mané Er Velin | BADEN 56870 | 06 22 44 39 46 |
| 9 | **PERRON** | Matthieu | Cinéma de Gourin | GOURIN 56110 | 06 67 51 74 46 |
| 10 | **TEILLAND** | Gérard | 7 Chemin des Ajoncs | BEIGNON 56380 | 06 87 40 42 14 |
| 11 | **TERMINET** | Yves | Place de la Chapelle | THEIX NOYALO 56450 | 06 22 52 60 59 |
| 12 | **CLODIC** | OLIVIER | 47 Rue du Vieux Bourg | ROCHEFORT EN TERRE | 07 51 62 01 44 |
| 13 | **CHEPPTTELL** | Danièle | 8 KERBERT | ST ALLOUESTRE 56500 | 06 73 48 64 79 |
| 14 | **GUIHENEUF** | David | 10 Ker Marie | NIVILLAC 56130 | 06 72 54 30 69 |