

A retourner avec votre règlement avant le 02 MAI 2025 à D.CHEPPTTELL, 8 KERBERT, 56500 ST ALLOUESTRE

Ce formulaire ne s'adresse qu'aux adhérents ayant réglé leur adhésion 2025. Dans le cas contraire, vous trouverez le formulaire d'adhésion sur le site du GDSA 56). Il peut être adressé par courrier sur demande si vous n'avez pas internet.

N° Apiculteur :	NOM :	Prénom :
N° de TVA pour les apiculteurs professionnels :		N° SIREN :
Adresse : «Adresse»		
Code Postal : «Code_postal»	Commune : «Commune»	
E-mail :«Email»	Cadre réservé au GDSA 22	
Téléphone :«Téléphone» ou «Portable»	Saisie le :	par :

**Nombre de colonies à traiter (à remplir obligatoirement) :**  
**Le nombre de ruches devant correspondre à la quantité commandée**

**COMMANDE DE MEDICAMENTS (Règlement par chèque à l'ordre de GDS BRETAGNE/INNOVAL ou par prélèvement)**

Médicament	Prix	Nombre	Montant
BAYVAROL	5 Sachets de 4 lanières pour 5 ruches	26,00 €	= €
APILIFEVAR	Sachet de 2 plaquettes (2 sachets pour 1 ruche)	5,00 €	= €
API BIOXAL 35 g	Sachet de 35g pour 10 ruches par égouttement et 15 par sublimation Possibilité d'envoi postal	27,00 €	= €
VARROXAL 75 g	Quantité en fonction du mode d'utilisation (sublimation : 2g par ruche ; dégouttement pour 4 colonies 8g ; pulvérisation pour 3 colonies 6g)	37,50 €	= €
VARROXAL200 g		82,00 €	= €
FORMICPRO	Boîte de 2 sachets pour 2 Ruches	30,00 €	= €
FORMICPRO	Boîte de 10 sachets pour 10 Ruches	100,00 €	= €
VARROMED	Flacon de 555 ml pour 5 ruches	27,50 €	= €
<b>MONTANT TOTAL MEDICAMENTS</b>			= €

Je règle par :	Chèque à l'ordre de GDS BRETAGNE/INNOVAL	OU	Prélèvement bancaire (mandat SEPA ci-joint accompagné de votre RIB)
Banque:	N° du chèque:	Pour le prélèvement, une fois enregistré, vous serez automatiquement prélevé le 25 du mois M+1 ou M+2.	

**RECUPERATION DES MEDICAMENTS ANTI VARROA 2 possibilités :**

- ENVOI POSTAL

- CHEZ DEROGATAIRE : VOIR LISTE

Nom du DEROGATAIRE :

Il est possible de demander à une personne autorisée (voir liste des personnes "dérogatoires") de prendre votre colis. Cette personne devra être munie d'une procuration signée par vous-même. **LA PROCURATION EST A JOINDRE A VOTRE COMMANDE.**

<b>FRAIS POSTAUX:</b>		
1 à 5 paquets de Bayvarol, 20 sachets Apilife Var, 3 Varroxoal, 10 Apibioxal,	11,50 €	
6 à 15 paquets de Bayvarol, 21 à 40 Apilife Var, 4 à 8 Varroxoal, 10 à 20 Apibioxal, 1 à 2 Varromed	15,00 €	= _____ €
Formic Pro nous consulter		

Banque :	Chèque N° (à l'ordre de GDSA 56)	TOTAL	= _____ €
----------	-------------------------------------	-------	-----------

**Bulletin d'adhésion au Programme Sanitaire d'Élevage régional de GDS Bretagne**

J'adhère au Programme Sanitaire d'Élevage (PSE) régional, porté par GDS Bretagne\*, permettant de me fournir en médicaments vétérinaires via le groupement, pour lutter contre le Varroa. Je suis informé que les élevages adhérents au PSE doivent être visités une fois tous les 5 ans.

<p><b>Adhésion au PSE :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• J'ai pris connaissance du PSE (www.gds-bretagne.fr) et j'accepte de m'y conformer,</li> <li>• L'acceptation du PSE entraîne l'accord pour visite du vétérinaire ou d'un TSA,</li> <li>• J'accepte que la livraison se fasse par envoi postal ou remise en mains propres (sur site ou par procuration).</li> </ul>	<p><b>A:</b></p> <p><b>Le:</b></p> <p><b>Signature obligatoire *</b></p>
--	--

\* Tout dossier incomplet et en particulier non signé sera renvoyé.

**Si elle ne peut être traitée dans les délais, votre commande de médicaments ne sera pas validée**



Cher adhérent

Voici votre bon de commande médicaments varroa pour la saison 2025, nous vous conseillons de le remplir à réception et le renvoyer immédiatement, ce qui évitera des oublis.

La date limite est le 02 Mai 2025, cachet de poste.

Merci pour votre vigilance.

Toute commande postée après la date ne sera pas traitée.

Vérifier votre commande.

Si vous avez demandé l'envoi postal, l'ordre du chèque est le GDSA56.

Les médicaments l'ordre du chèque INNOVAL/GDS BRETAGNE.

Si vous souhaitez un prélèvement sur votre compte, merci de remplir le Mandat Sepa si joint et le renvoyer signé avec un RIB, avec votre bon de commande.

N'oublier pas d'indiquer le dépositaire pour le retrait de votre traitement et noter dans votre agenda la date.

Envoyer le tout à Madame CHEPPTTELL 8 KERBERT 56500 ST ALLOUESTRE.

Vous nous remercions et vous souhaitons une bonne année apicole.

Liste des personnes « dérogoitaires » chez qui retirer vos produits : **impérativement le 28 Juin 2025 au matin**

**ENTRE 10 HEURES ET 12 HEURES**

1	<b>CHEMIN</b>	Bertrand	Les Grées Macé	CAMPENEAC 56800	07 87 67 45 05
2	<b>JOSSE</b>	Yannick	28 Rue de la Révolution 1789	HENNEBONT 56700	06 80 74 74 45
3	<b>GUEGAN</b>	Jean Luc	1 Rue Penfret	LARMOR PLAGE 56260	06 98 29 22 73
4	<b>LE CUNFF</b>	Jean Yves	Navéos	PLUVIGNER 56330	07 82 34 48 65
5	<b>MALRY</b>	Hervé	8 Rue Mané Er Velin	BADEN 56870	06 22 44 39 46
6	<b>PERRON</b>	Matthieu	Cinéma de Gourin	GOURIN 56110	06 67 51 74 46
7	<b>CLODIC</b>	Olivier	47 Rue du Vieux Bourg	ROCHEFORT EN TERRE	07 51 62 01 44
8	<b>CHEPPTTELL</b>	Danièle	8 KERBERT	ST ALLOUESTRE 56500	06 73 48 64 79
9	<b>TEILLANT</b>	Gérard	7 Chemin des AJONCS	BEIGNON 56380	06 87 40 42 14
10	<b>GUIHENEUF</b>	David	VILLE D'AVRIL	NIVILLAC 56130	06 72 54 30 69

# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

FR805-SC-FE021 / VERSION 2021-11-04.05

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez INNOVAL à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'INNOVAL. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée :

- Dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- Sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

**TOUS LES CHAMPS DOIVENT OBLIGATOIREMENT ÊTRE REMPLIS PAR LE CLIENT, hormis la ligne RUM.**

Dénomination sociale :

N° SIRET (14 chiffres) :

N° NAPI :

Votre nom :

\*Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse :

\*N° et nom de rue

\* Code postal

\* Ville

France

\* Pays

**Les coordonnées de votre compte (Joindre un RIB)**

	-		-		-		-		-		-	
--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

\*Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number) 27 CARACTÈRES

--

\*Code international d'identification de votre banque (BIC Bank Identifier Code, SWIFT) 8 ou 11 CARACTÈRES

Nom du créancier : INNOVAL

Identifiant du créancier I.C.S. : FR10ZZZ462908

RUM :

Type de paiement :  Récurrent / répétitif

Ponctuel

Signature :

Signé à :

\*Lieu

Date :

\*JJ/MM/AAAA

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées que pour la gestion de sa relation avec le client. Elles pourront donner lieu à l'exercice par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.



Mandat à compléter, signer et à retourner à votre GDSA, accompagné d'un RIB et de votre bon de commande (adresse indiquée sur le bon de commande)