

A retourner **avant le 6 mai 2026** à Mr **CHEMIN Bertrand 2 Les Grées Macé 56800 CAMPENEAC**

ou par email à : **gdsadumorbihan56@gmail.com**

Ce formulaire ne s'adresse qu'aux **adhérents ayant réglé leur adhésion 2026**. Dans le cas contraire, vous trouverez le formulaire d'adhésion sur le site du GDSA 56 site web : [HTTPS:// gdsa56.fr](https://gdsa56.fr). Il peut être adressé par courrier sur demande si vous n'avez pas internet. Merci de compléter les **zones en violet**.

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

Pour toute question n'hésitez pas à nous contacter au **07.87.67.45.05** ou par email à **gdsadumorbihan56@gmail.com**

• Vos coordonnées

NAPI :	NOM :	Prénom :
N° de TVA :	N° SIRET :	
Adresse :		
Code Postal :	Commune :	
Email :	Cadre réservé à votre GDSA	
Téléphone :	Saisie le :	par :
Nombre de colonies déclarées à l'adhésion 2026		
Nombre de colonies à traiter (à remplir obligatoirement) : Pour rappel, le nombre de ruches devant correspondre à la quantité commandée	

• Mode de paiement

Je règle par (à cocher) : <input type="checkbox"/> chèque/virement ou <input type="checkbox"/> prélèvement bancaire (mandat SEPA envoyé ultérieurement)	
ATTENTION : NE PAS ENVOYER DE CHEQUE AVEC VOTRE COMMANDE. Le paiement se fera à réception de la facture	En cas de prélèvement, vous serez automatiquement prélevé le 25 du mois suivant la réception de la facture.

• Récupération des médicaments 2 possibilités, merci de cocher celle retenue :

- ENVOI POSTAL UNIQUEMENT POSSIBLE POUR L'APIVAR, L'APILIFEVAR ET L'APIBIOXAL: voir tarifs ci-dessous et joindre le chèque à l'ordre du **GDSA56** avec votre bon de commande.

FRAIS POSTAUX (ajoutés à votre commande) :	Moins de 1kg (jusqu'à 4 paquets de 10 Apivar)	10,00 €	= €
	De 1 à 5kg (de 5 à 8 paquets de 10 Apivar)	15,00 €	= €
Poids des autres médicaments pour le calcul des frais postaux : Apilifevar : 60g – Apibioxal : 46g			TOTAL = €

- SUR LE LIEU DU LOCAL A PHARMACIE DU PSE : **GDS Bretagne 8 avenue Edgard DEGAS 56000 VANNES - le vendredi 26 juin de 14h à 16h30**

Il est possible de demander à une personne autorisée (voir liste des personnes « dérogataires » de prendre votre colis au local à pharmacie (cf dernière page). Nom du dérogataire choisi :

• Adhésion au PSE (**obligatoire**) Tout dossier incomplet et en particulier non signé sera renvoyé.

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.	
Adhésion au PSE : <ul style="list-style-type: none"> J'ai pris connaissance du PSE (www.gds-bretagne.fr) et j'accepte de m'y conformer, L'acceptation du PSE entraîne l'accord pour une visite PSE du vétérinaire ou d'un TSA pour les 5 années à venir, J'accepte que la livraison se fasse par envoi postal ou remise en mains propres (sur site ou par procuration). 	A : Le : Signature obligatoire

• **Choix des médicaments**

COMMANDE DE MEDICAMENTS Le règlement se fera à réception de la facture - Toute commande passée sera due						
Médicament	Conditionnement	Adapté pour	Envoi postal	Prix unitaire TTC	Quantité commandée	Montant
APIVAR 4	2 Sachets de 2 lanières	2 ruches	OUI	12,00 €		€
APIVAR 10	5 Sachets de 2 lanières	5 ruches	OUI	24,00 €		€
APIVAR 60	30 Sachets de 2 lanières	30 ruches	OUI	140,00 €		€
APILIFEVAR	1 Sachet de 2 plaquettes (2 sachets pour 1 ruche)	0.5 ruche	OUI	5,00 €		€
API BIOXAL 31 g	1 sachet (nouvelle formule sans sucre adaptée à la sublimation)	10 ruches	OUI	21,50 €		€
API BIOXAL 312 g	1 sachet (nouvelle formule sans sucre adaptée à la sublimation)	100 ruches	OUI	132,00 €		€
VARROXAL 75 g	2g/ruche (sublimation/dégouttement/pulvérisation)	37 ruches	OUI	41,00 €		€
FORMICPRO 2	2 sachets	2 ruches	NON	30,00 €		€
FORMICPRO 10	10 sachets	10 ruches	NON	100,00 €		€
VARROMED	Flacon de 555 ml	5 à 20 ruches	NON	27,50 €		€
MONTANT TOTAL MEDICAMENTS TTC						€

• **Dérogation pour récupération des médicaments chez l'une des personnes cidessous**
(à compléter uniquement si vous choisissez cette option)

1	NOM	PRENOM	ADRESSE	CP VILLE	TEL
2	CHEMIN	Bertrand	2 les Grées Macé	56800 CAMPENEAC	07 87 67 45 05
3	CHEPPTTELL	Danièle	8 Kerbert 56500	56500 SAINT ALLOUESTRE	06 73 48 64 79
4	GUEGAN	Jean Luc	1 rue Penfret	56260 LARMOR PLAGE	06 98 29 22 73
5	JOSSE	Yannick	28 rue la révolution 1789	56700 HENNEBONT	06 80 74 74 45
6	LE CUNFF	Jean Yves	540 Naveos	56330 PLUVIGNER	07 82 34 48 65
7	MALRY	Hervé	8 rue Mané Er vélin	56870 BADEN	06 22 44 39 46
8	PERON	Matthieu	10 rue des Genêts	56110 GOURIN	06 67 51 74 46
9	TEILLANT	Gérard	7 chemin des ajoncs	56380 BEIGNON	06 07 95 43 51
10	GUIHENEUF	David	La Ville d'Avril	56130 NIVILLAC	06 72 54 30 69
11	CLODIC	Olivier	47 rue du Vieux Bourg	56220 ROCHEFORT	07 51 62 01 44

Je soussigné, M./Mme donne mon accord pour que la personne « dérogataire »

M/Mme (choisir ci-dessus) récupère mes médicaments.

Je m'engage à les récupérer chez la personne dérogataire le samedi 27/06 au matin entre 10h et 12h, à l'adresse indiquée dans le tableau ci-dessus.

Fait à Le/...../.....

Signature :

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

PRB05-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. : FR10ZZ462908

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 par le créancier 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 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 accompagné d'un RIB par mail à section.apicole@gds-bretagne.fr ou courrier (adresse sur votre bon de commande)