

ANNEE 2017

IDENTIFICATION

Merci d'écrire très lisiblement

| | | | |
|-----------------------------------|---------------------------|----------------------|----------------------|
| Nom du rucher | <input type="text"/> | | |
| Nom et prénom de l'apiculteur (*) | <input type="text"/> | | |
| adresse 1 (*) | <input type="text"/> | | |
| adresse 2 | <input type="text"/> | | |
| Code postal (*) | <input type="text"/> | Ville (*) | <input type="text"/> |
| Téléphone | fixe <input type="text"/> | Portable | <input type="text"/> |
| Adresse e.mail | <input type="text"/> | | |
| NAPI (*) | <input type="text"/> | Nombre de ruches (*) | <input type="text"/> |

(*) informations obligatoires

ADHESION 2017

| | |
|---|-------------------------|
| Part fixe (15,00 €) | <input type="text"/> |
| Part variable (nombre de ruches X 0,40 €) | <input type="text"/> |
| Montant adhésion (part fixe + part variable) | <input type="text"/> =A |

ABONNEMENT à la revue : LA SANTE DE L'ABEILLE (facultatif)

| | |
|-------------------|-------------------------|
| montant : 18,00 € | <input type="text"/> =B |
|-------------------|-------------------------|

ACHAT DE MEDICAMENTS

| | PU TTC | NBRE D'UNITES | MONTANT |
|------------------|--------|---------------|-------------------------|
| APIVAR | 24.00 | | |
| MAQS 4 bandes | 14.40 | | |
| MAQS 20 bandes | 57.60 | | |
| APIBIOXAL 35 gr | 24.00 | | |
| APIBIOXAL 175 gr | 86.40 | | |
| APIBIOXAL 350 gr | 139.20 | | |
| APILIFE VAR | 4.80 | | |
| APIGUARD | 30.00 | | |
| | | | <input type="text"/> =C |

Les médicaments sont à retirer par vos soins à la CLINIQUE VETERINAIRE DU VERNEY
172 avenue Pierre LANFREY
73000 CHAMBERY

TOTAL A PAYER (A+B+C)

J'ai besoin d'une facture (rayer la mention inutile) **OUI** **NON**

DESTINATION DU DOCUMENT ET REGLEMENT

Ce document doit être adressé à l'adresse ci-après accompagné du règlement.

| | |
|--------------------------|--------------------------------|
| Monsieur Kléber LUYAT | Trésorier du GDSA de la Savoie |
| Les Outards | Mail : klyat@gmail.com |
| 73270 BEAUFORT SUR DORON | téléphone : 04 79 38 70 21 |

Règlement

- De préférence, par virement bancaire en n'oubliant pas d'en informer le trésorier par mail

| | | | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|----------|--|
| Identifiant international de compte bancaire | | | | | | | |
| IBAN (International Bank Account Number) | | | | | | | |
| FR76 | 1027 | 8088 | 9100 | 0204 | 2290 | 164 | |
| BIC (Bank Identifier Code) | | | | | | CMCIFR2A | |

- Sinon par chèque stipulé à l'ordre du **GDSA de la Savoie**

Date :

Signature :