



# BULLETIN D'ADHESION A L'ABEILLE DAUPHINOISE

## 2023

Renseignements indispensables, merci de compléter.

- N° APICULTEUR :

- N° SIRET :

- Nombre de RUCHES :

- Vous êtes dans la section (1) : .....

- Votre Année de naissance :

NOM : .....

PRENOM : .....

ADRESSE : .....

.....

.....

.....

Pour vous joindre, merci de compléter SVP

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Votre adresse e-mail :

Cocher svp : >

J'accepte de recevoir par mail, les convocations aux AG de l'Abeille Dauphinoise et de la SCAPIAD

- ADHESION à l'Abeille Dauphinoise ----- 18,00 €

- G D S A : Groupement de Défense Sanitaire Apicole ----- 10,00 €

En adhérant au GDS 38 vous acceptez d'être adhérent au Plan Sanitaire d'Elevage (PSE). Ce document papier est consultable au GDS ainsi qu'au siège de l'Abeille Dauphinoise.

### - ASSURANCES

+ Option 1 : Comprise dans l'adhésion à l'Abeille Dauphinoise

+ Option 2 : dès la première ruche : par ruche 1,09 € x  = ..... €

### - ABONNEMENTS aux REVUES Apicoles Nationales

- Attention : aucun abonnement aux revues ne pourra être pris après le 1er juin

Abeille de France ----- 25,00 € ----- €

Abeilles et Fleurs ----- 30,00 € ----- €

La Santé de l'Abeille ----- 20,50 € ----- €

Frais d'envoi Dom Tom par revue ----- 9 € ----- €

Date et signature :

TOTAL A REGLER

€

Bulletin à nous retourner avec paiement au choix:

- par chèque à l'ordre de l'Abeille Dauphinoise

- par virt: IBAN: FR76 1390 6000 2650 0136 7000 076 BIC: AGRIFRPP839

(1) Sections: HD = Haut Dauphiné, VI = Vienne, NI = Nord Isère, VO = Voiron, SM = Saint-Marcelin.

22 place Bernard Palissy  
38320 POISAT  
Siren :340 147 958

[scapiad@orange.fr](mailto:scapiad@orange.fr)

## Bulletin d'engagement

Part sociale (1.52 euros par tranche de 10 ruches) comprise dans l'adhésion à l'Abeille dauphinoise et rétrocédée à la Scapiad			
Date d'adhésion :	Nombre de part :		
<i>Réservé au conseil d'administration</i>			
Date de validation par le Conseil d'Administration			
Date du passage à coopérateur inactif			
Date de réversion de la part sociale du compte "part sociale" au compte de tiers			

Nom	
Prénom	
Adresse	
Code postal	
Commune	
Courriel	
Téléphone	
N° associé coopérateur	

Je déclare par la présente :

- Avoir pris connaissance du règlement intérieur, des statuts.
- De signaler mes changements de coordonnées par mail ou courrier postal adressé au siège.
- De m'engager pour une durée de trois exercices en respectant les statuts, notamment l'article 8 (Obligation des associés coopérateurs).
- Si je ne participe pas à l'activité de la SCAPIAD sur 3 exercices consécutifs je perds ma qualité d'Associé, les statuts seront appliqués
- J'accepte que la SCAPIAD utilise mon adresse mail uniquement pour m'envoyer les documents relatifs à l'activité de cette dernière.
- Demander au Conseil d'Administration la validation de ma part sociale à la Coopérative Agricole SCAPIAD. Un exemplaire sera envoyé par mail après validation du conseil d'administration.

Signature	Mention " Lu et approuvé "