



Abeille Dauphinoise

22, Place Bernard Palissy - Zone Champ Fila

38320 POISAT

Tél : 04 76 25 07 09

email : abeille.dauphinoise@gmail.com

site: www.abeille-dauphinoise.fr

BULLETIN D'ADHESION A L'ABEILLE DAUPHINOISE**2024****☐ 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 -----****20,00 €****- 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. La délivrance de traitements sanitaires implique l'adhésion au GDS.

- ASSURANCES

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

+ Option 2 : dès la première ruche : par ruche 1,19 € X =

€

- ABONNEMENTS aux REVUES Apicoles Nationales*- Attention : aucun abonnement aux revues ne pourra être pris après le 1er juin*

Abeille de France	-----	26,00 €	-----	€
Abeilles et Fleurs	-----	31,00 €	-----	€
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 virement: 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.

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 :		
Réservé au conseil d'administration			
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 "