



PROGRAMME SANITAIRE D'ELEVAGE (PSE) APICOLE

Décharge 2024

Je soussigné(e)apiculteur(trice)
localisé(e) sur la commune de
enregistré(e) sous le numéro NAPI autorise M./Mme
....., apiculteur(trice) localisé(e) sur la commune
de..... enregistré(e) sous le numéro
NAPI..... à récupérer auprès l'URGDSAC les produits de
traitements contre varroa qui me sont destinés.

Je reconnais remplir les conditions énoncées ci-après qui permettront la prescription/délivrance
des produits de traitement à un tiers :

- être **adhérent au GDSA** de mon département et à **jour de ma cotisation**,
- avoir réalisé la **déclaration de mes ruchers** pour l'année en cours,
- avoir fourni le **bon de commande** dans les délais, et **effectué le règlement** du montant
correspondant auprès de l'URGDSAC,

Je joins **obligatoirement** le formulaire d'adhésion et d'engagement au PSE.

Fait à

Le

Signature

Précédée de la mention « Lu et approuvé »