



ENGAGEMENT DES APICULTEURS A SUIVRE LE PROGRAMME REGIONAL DE LUTTE
ALTERNEE CONTRE LA VARROASE POUR LA SAISON APICOLE 2023

Je soussigné(e) (NOM-Prénom) :

Adresse précise :

Adresse électronique :

Déclare être apiculteur (cochez la case correspondante)

Professionnel Pluriactif De loisir

Sous le NAPI :

Je déclare détenir : entre (nombre minimum) et (nombre maximum) de colonies (ruches et ruchettes) et joins la déclaration d'emplacement des ruchers validée par le GDS animal.

Je m'engage à suivre le programme régional de lutte alternée contre la varroase en utilisant les produits de traitement retenus annuellement à savoir:

Année	En Apiculture Conventiennelle	En Apiculture Biologique(*)
2023 - traitement estival	APIVAR® ou APITRAZ®	APIGUARD® ou APILIFE VAR® ou THYMOVAR® ou FORMIC PRO® ou APBIOXAL® ou OXYBEE® ou VARROMED®
2023 - traitement hivernal	OXYBEE® ou APBIOXAL®	

* Attestation d'adhésion à fournir par l'organisme certificateur

ATTENTION : seul le traitement d'été est susceptible d'être subventionné, le dossier concernant les demandes de subventions est en étude à la région.

Pour bénéficier de l'aide régionale, je m'engage à commander chaque année le produit retenu sur le plan régional dans le cadre du PSE départemental de ma structure sanitaire apicole départementale, qui fixe les échéances de commande. J'autorise ma structure sanitaire à déduire l'aide du Conseil Régional sur la facture correspondante au produit.

Fait à :Le.....Signature :