



Section
apicole Pays-de-la-Loire

Lutte alternée contre la varroase

Exercice 2021

**ENGAGEMENT DES APICULTEURS
A SUIVRE LE PROGRAMME REGIONAL DE LUTTE ALTERNÉE
CONTRE LA VARROASE POUR LA SAISON APICOLE 2021**

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 Conventionnelle	En Apiculture Biologique(*)
2021	APIVAR® ou APITRAZ®	APIGUARD® ou APILIFE VAR® ou THYMOVAR® ou MAQS® ou APBIOXAL® ou OXYBEE® ou VARROMED®

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

ATTENTION : seul le traitement d'été est susceptible d'être subventionné.

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 :