



APIGARFAGNANA

Via San Giovanni 23 – 55036 Pieve Fosciana (LU)

apigarfagnana@gmail.com – www.apigarfagnana.it

Prenotazione trattamento estivo contro la varroa anno _____

Il sottoscritto socio di Apigarfagnana _____

Residente in _____

Comune di _____

Telefono _____ E-Mail _____

Richiede all'Associazione Apigarfagnana di prenotare il seguente acaricida:

(segnare il tipo di prodotto e indicare per quanti alveari)

- API LIFE VAR (tavolette con principio attivo timolo) per Alveari nr. _____

- APIGUARD (gel evaporante a base timolo) per Alveari nr. _____

- API BIOXAL (acido ossalico) per Alveari nr. _____

- MAQS 68,2g strisce per alveare (acido formico) per Alveari nr. _____

- Altro _____ per Alveari nr. _____

Il prodotto richiesto verrà consegnato nel mese di luglio nei modi e nei tempi preventivamente comunicati dall'Associazione, previo versamento della quota associativa annuale ammontante a **15€**, oltre al contributo richiesto per ogni alveare

Luogo _____ lì _____

Firma _____

NB. :

Compilare il modello e consegnare all'Associazione Apigarfagnana entro il **10 luglio** nelle seguenti modalità:

- via mail all'indirizzo apigarfagnana@gmail.com
- direttamente nelle mani del presidente, consiglieri e delegati di zona