



Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ Ragione sociale: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_ Cap: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Partita IVA/ Cod.Fiscale: \_\_\_\_\_ Codice allevamento apistico: \_\_\_\_\_

### VERSA PER ISCRIZIONE

*(crociare la quota inerente al numero di alveari posseduti)*

€ 31,00	per contributo annuale fisso nuovo socio (se NON si possiedono alveari)
€ 37,00	per contributo annuale fisso nuovo socio e contributo RC Alveari (se si possiedono da 1 a 10 alveari)
€ 40,00	per contributo annuale fisso nuovo socio e contributo RC Alveari (se si possiedono da 11 a 20 alveari)
€ 46,00	per contributo annuale fisso nuovo socio e contributo RC Alveari (se si possiedono da 21 a 50 alveari)
€ 56,00	per contributo annuale fisso nuovo socio e contributo RC Alveari (se si possiedono da 51 a 100 alveari)
€ 71,00	per contributo annuale fisso nuovo socio e contributo RC Alveari (se si possiedono oltre 100 alveari)

### A CUI SI AGGIUNGONO

*(crociare solo se interessati)*

€ 25,00	per abbonamento annuale alla rivista "Lapis"
€ 55,00	per abbonamento annuale alla rivista "Vita In Campagna"
€ 15,00	per abbonamento annuale alla rivista "La Casa"

### IN CASO DI DELEGA ALL'ASSOCIAZIONE VERSA CONTESTUALMENTE ANCHE

*(crociare la quota inerente al numero di alveari posseduti)*

<b>SONO AUTODELEGATO</b>	(accesso alla BDN in autonomia)
€ 0,00	(gratuito) per contributo anagrafe (se si possiedono da 1 a 10 alveari)
€ 10,00	per contributo anagrafe (se si possiedono da 11 a 20 alveari)
€ 15,00	per contributo anagrafe (se si possiedono da 21 a 50 alveari)
€ 20,00	per contributo anagrafe (se si possiedono da 51 a 100 alveari)
€ 30,00	per contributo anagrafe (se si possiedono da 101 a 250 alveari)
€ 50,00	per contributo anagrafe (se si possiedono da 251 a 500 alveari)
€ 120,00	per contributo anagrafe (se si possiedono oltre i 500 alveari)

### ACCONSENTE

Al trattamento e alla pubblicazione, per i soli fini istituzionali, di video, fotografie e/o immagini atte a rivelare l'identità del sottoscritto, sul sito web e su Social Media dell'Associazione: SI  NO

**DICHIARA INOLTRE DI POSSEDERE I SEGUENTI ALVEARI:**

(Indicare: **S**= stanziale **N**= nomade **C**= postazione da chiudere)

*NB: Le nuove postazioni non sono da inserire in questo modulo, ma tramite sito [www.apibergamo.it](http://www.apibergamo.it) (se delegata associazione)*

PROVIN CIA	COMUNE	VIA/LOCALITÀ	NUM. ALVEARI	NUM. SCIAMI	S	N	C

Con la firma della presente dichiara di essere a conoscenza e di accettare tutte le condizioni generali e particolari della polizza responsabilità civile sottoscritta dall'Associazione Produttori Apistici della Provincia di Bergamo con la Compagnia di Assicurazione e depositata presso la sede dell'Associazione stessa.

Apibergamo informa che i dati sopra indicati verranno trattati unicamente nel rispetto della Legge sulla Privacy e del GDPR 679/2016.

Dichiara inoltre di aver preso visione dello statuto e di impegnarsi a rispettarne le norme e altresì le deliberazioni degli organi sociali e chiede di aderire ad Apilombardia accettando pienamente le sue norme statutarie, i regolamenti interni nonché tutte le decisioni adottate dagli organi dell'associazione.

Data   /  /  202

Firma \_\_\_\_\_

Modulo delega apicoltori

ASL di \_\_\_\_\_

Il Sottoscritto

COGNOME (\*) \_\_\_\_\_

NOME (\*) \_\_\_\_\_

Nato il (\*) \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov di \_\_\_\_\_

Codice fiscale (\*) \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

In qualità di:

Titolare

Rappresentante legale

Dell'azienda apistica denominata (se diverso) \_\_\_\_\_

Codice Aziendale (\*) \_\_\_\_\_ /sottocodice \_\_\_\_\_

Codice fiscale (se diverso) \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

Che intende avvalersi per gli adempimenti previsti dall'Art. 7, punto 1, lettera c) del DECRETO 4 dicembre 2009 "Disposizioni per l'anagrafe apistica nazionale" del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali di:

- Associazione Apistica ASSOCIAZIONE PRODUTTORI APISTICI  
 CAA DELLA PROVINCIA DI BERGAMO  
 APA UFFICIO:  
 Servizio Veterinario dell'ASL Via Pizzo Redorta 20/B - 24125 BERGAMO

Data..... (firma del richiedente) \_\_\_\_\_

Visto del Responsabile del Servizio Veterinario \_\_\_\_\_