



Réseau des Victimes d'Accidents Vaccinaux

BULLETIN D'ADHESION ou RENOUELEMENT 2024

NOM :

Prénom :

Nom et Prénom de la Victime si différent :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tel :

Portable :

Courriel :

Adhésion annuelle 2024 au REVAV (30 euros)

Montant

Je souhaite faire un don au REVAV

Montant

Je souhaite être Bienfaiteur : 45 € et plus

Montant

Montant total de mon versement en Euros

Mode de paiement :

Chèque bancaire (à l'ordre de Revav)

Par Helloasso : <https://www.helloasso.com/associations/revav-reseau-des-victimes-d-accidents-vaccinaux/administration/ma-page-publique> - accessible également sur notre site : www.revahb

Par virement sur le compte bancaire du REVAV (Demander le RIB)

Date :

L'association vous adressera un reçu fiscal permettant une déduction fiscale de 66 % de la somme - Reconnaissance d'intérêt général du 03 02 2009 de la Direction des Services Fiscaux de Bobigny (93)

