



REVAV

BULLETIN D'ADHESION ou de RENOUELEMENT année 20.....

NOM et PRÉNOM de L'ADHÉRENT :

NOM et PRÉNOM de la VICTIME si différent :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tél :

Fax :

E.mail :

Portable :

Je souhaite faire un don au REVAV

Montant

Je souhaite adhérer au REVAV

En qualité de :

Membre : 30 €

Bienfaiteur : 45 € et plus

Montant

Montant total de mon versementEuros.

Mode de paiement :

Chèque bancaire (à l'ordre de Revav)

CCP (à l'ordre de Revav)

Autres (préciser)

Date : **20**.....

*L'association adressera un reçu permettant une déduction fiscale **UNIQUEMENT** pour les sommes au-delà des cotisations.*

Reconnaissance d'intérêt général du 3-02-2009 de la Direction des Services Fiscaux de BOBIGNY (93)

En cas de don, souhaitez-vous recevoir un reçu fiscal ? oui non

Réseau des Victimes d'Accidents Vaccinaux

Association Loi 1901

N° SIREN : 414 773820

6, rue du Général de Gaulle 93360 NEUILLY PLAISANCE

Tél/Fax : 06 45 45 63 26 - EMAIL : asso.revav@orange.fr – Site internet : www.revahb.fr ou www.revav.fr

