



VIGIFAVISME

Adhésion 2019

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Profession :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Pays :

Numéro de téléphone :

Portable :

Courriel :

Je suis atteint moi-même du déficit en G6PD : OUI NON

Un de mes enfants a un déficit en G6PD : OUI NON

Je souhaite recevoir une carte de soin et d'urgence : OUI NON

Je souhaite soutenir Vigifavisme, j'envoie ma cotisation de (10€ pour **2019**) :

- par chèque

- par virement : en précisant dans le libellé : cotisation **2019** + votre nom)

VIGIFAVISME Crédit Lyonnais (LCL),

Agence Paris Luxembourg (00498) :

73 boulevard Saint Michel,

75005 Paris

Banque : 30002 / Indicatif : 00498 / N° du compte : 0000006053G / Clé: 10

IBAN : FR 90 3000 2004 9800 0000 6053 G10

BIC : CRLYFRPP