



## VIGIFAVISME

Adhésion 2020

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 **2020**) :

- par chèque

- par virement : en précisant dans le libellé : cotisation **2020** + 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