



## Réseau des Victimes d'Accidents Vaccinaux

### BULLETIN D'ADHÉSION ou RENOUVELLEMENT 2026

**NOM :**

**Prénom :**

Nom et Prénom de la Victime si différent :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tel :

Portable :

Courriel :

**Adhésion annuelle 2026 au REVAV (30 euros)**

Montant

Je souhaite faire un **don en 2026 au REVAV**

Montant

**Je souhaite être Bienfaiteur : 45 € et plus**

Montant

Montant total de mon versement en Euros

Montant

Mode de paiement :

**Par Helloasso (à privilégier si vous le pouvez) :** [ADHESION 2026 par HELLOASSO](#) - accessible également sur notre site : [www.revahb Adhésions](http://www.revahb Adhésions)

**Chèque bancaire (à l'ordre de Revav) REVAV – 6 Rue du Général de Gaulle 93360 Neuilly Plaisance**

Par virement sur le compte bancaire du REVAV (demander le RIB à [asso.revav@orange.fr](mailto:asso.revav@orange.fr))

**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).**

**Si vous souhaitez faire bénéficier l'association de vos compétences,**

**Réseau des Victimes d'Accidents Vaccinaux  
Association Loi 1901 N° Siren : 414773382 0033**

**Portable : 06 45 45 63 26 courriel : [asso.revav@orange.fr](mailto:asso.revav@orange.fr) Site internet : [www.revahb](http://www.revahb)**

