



BULLETIN d'ADHESION / DON

NOM Prénom

Date de naissance : / /

Adresse

Code Postal : Ville :

Téléphone : *Fixe* *Portable*

Email @

☐ J'adhère pour l'année à l'association OVR et verse une cotisation de 20€

☐ Je soutiens l'association OVR en versant un don de € (*)

(*) Tout don au-delà des 20€ de la cotisation ouvre droit à une réduction fiscale de 66% de la somme versée, dans la limite de 20% du revenu imposable.

A,
le / /
signature

Plus d'infos sur www.asso-ovr.fr / Téléphone : 06 48 32 69 44

Bulletin à retourner, accompagné d'un chèque libellé à l'ordre de « Association OVR », à
Association OVR – c/o Secrétariat du Pr Paques (4^e étage)
Hôpital national des 15-20
28, rue de Charenton
75571 PARIS CEDEX 12