

# ADHÉSION et/ou DON 2025 (année civile)

Tarif unique annuel pour l'adhésion = 15€/an (5,1€ après déduction des impôts)



Je suis :

- ☐ un patient (âgé de 16 ans ou plus),
  - année d'apparition de la maladie : .....
- ☐ un accompagnant direct (parent, frère, sœur, conjoint, tuteur)
  - année de naissance de l'enfant : ..... (si adhésion d'un représentant légal d'enfant atteint)
- ☐ un sympathisant adhérent (famille élargie, ami, collègue, société, autres,...)

Nom – Prénom – ou Société : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : .....Ville : .....

Email : .....@.....

Téléphone Portable (\*) : ..... Date de naissance : .....

|                                        |                              |
|----------------------------------------|------------------------------|
| Je verse 15 € pour mon adhésion 2025 : | <b>15 €</b><br>(si adhésion) |
| Je souhaite faire un don de :          | ..... €                      |
| <b>Total =</b>                         | <b>..... €</b>               |

Que je règle par :

- ☐ un seul chèque à l'ordre de **Vaincre PRR**

**Date et signature :**

## Un grand merci !

**Coordonnées pour retourner la fiche et le règlement :**

Carmen VERNET  
Trésorière Vaincre PRR  
926 Chemin de Cautet  
07330 MAYRES

[vaincrelapapillomatose@gmail.com](mailto:vaincrelapapillomatose@gmail.com)  
[www.vaincreprpr.fr](http://www.vaincreprpr.fr)  
[@vaincrePRR](https://www.facebook.com/vaincrelapapillomatose)

(\*) non obligatoire

**Déduction fiscale, Vaincre PRR est une association reconnue d'intérêt général :**

66 % de votre adhésion et/ou don seront déductibles de vos impôts (exemple : votre cotisation de 15€ ne vous coûtera « que » 5.01€). Un reçu vous sera transmis dès réception de votre adhésion et/ou don.