BULLETIN DE SOUSCRIPTION

Nom _____ **Pays** _____

Prénom _____ **Tél.** _____

Rue _____ **e-mail** _____

NPA/localité _____

Déclare souscrire

_____ action(s) ordinaire(s) de valeur nominale de CHF 100 chacune,

soit pour un montant total de CHF _____.

D'autre part le/la soussigné(e) s'engage de manière irrévocable et inconditionnelle à verser le montant souscrit dès qu'il/elle sera appelé à le faire selon les modalités fixées par le Conseil d'administration.

Lieu _____

Date _____

Signature _____

A retourner à Téléovronnaz SA | Route d'Odonne 95 | 1911 Ovronnaz ou à info@teleovronnaz.ch
www.ovronnaz.ch | T 027 306 35 53

OVRONNAZ