
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

The logo for OVRONNAZ, featuring the word "OVRONNAZ" in white, bold, uppercase letters inside a red rectangular box with a slightly distressed or stamped appearance.