DÉCLARATION D'ADHÉSION À LA FSO

Nous vous prions de remplir les champs ci-dessous en caractères d'imprimerie et de faxer ce formulaire au 031 310 20 35 ou de l'envoyer par courriel à info@aovs-fso.ch. Nous vous en remercions par avance et vous contacterons dans les meilleurs délais.

Nom de l'entreprise: .....

Forme juridique de l'entreprise: .....

Rue / No: .....

Case postale: .....

Code postal / Lieu: .....

Tél: ..... Fax: .....

E-Mail: ..... Site web: .....

Nom du propriétaire / directeur: .....

Tél direct: ..... E-Mail direct: .....

Nombre d'employés: ..... (dont apprentis: .....)

Avez-vous des filiales ou des succursales? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, veuillez indiquer le nom exact et le siège de la filiale ou de la succursale:

1. .....

2. .....

Êtes-vous déjà membre dans d'autres associations? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, lesquelles?

.....

Nous souhaitons devenir ☐ membre actif de la FSO (au sens de l'art 5 des statuts). Nous avons lu les statuts de la Fédération Suisse des Opticiens FSO datés du 27 novembre 2014 et les acceptons dans leur intégralité.

Date: ..... Signature: .....