

ATLANTIQUE CROISSANCE

Fonds Commun de Placement BULLETIN DE SOUSCRIPTION

Je soussigné (e) NomPrénoms.....
Date et lieu de naissance.....
Nationalité.....
Pays de résidence.....
Lieu de souscription

Sexe (1) Masculin Féminin

Pièce d'Identité.....N°.....
Délivrée le :.....
Adresse postale :.....
Téléphone : Télécopie (Fax) :.....

- 1-Fonctionnaires/Salariés secteur public
 2-Salariés du secteur privé
 3-Commerçants et Entrepreneurs individuels
 4-Professions libérales

- 5-Agriculteurs/Éleveurs
 6-Agents des organismes internationaux
 7-Divers et non ventilables

Personnes morales ⁽¹⁾ Banque Cie d'Assurance Société OPCVM Organisme de retraite/Prévoyance Autres

Agissant en qualité de :

Au nom et pour le compte de la personne morale désignée ci-dessous :

Dénomination :

Forme juridique : Capital Social :

Adresse postale : Localité : Tél : Fax : E-mail :

Ayant pris connaissance des conditions de souscription des parts du FCP ATLANTIQUE CROISSANCE,

Je déclare souscrire (nombre).....parts du FCP ATLANTIQUE CROISSANCE à Valeur Liquidative de
.....chacun, soit Montant global : F CFA (en chiffres).....(en lettres).....

MOYEN DE PAIEMENT (1) Espèces Chèque n° Virement *

*J'autorise par la présente (Nom de la Banque/Etablissement Financier).....-
A débiter mon compte N°dans ses livres.
d'un montant de F CFA (en chiffres).....
(en lettres).....

En règlement de la présente souscription.

Cachet de l'organisme collecteur

Fait à le :...../...../2015...

Signature (2)

(1) Cocher la case correspondante

(2) Faire précéder la signature de la mention

« Bon pour achat de.....Parts de FCP ATLANTIQUE CROISSANCE,
soit (en chiffres)F CFA »