

CONTRAT D'ABONNEMENT ANNUEL

Formulaire et pièces jointes à retourner l'adresse suivante :

Agence Synchro - Service Abonnements - 249 place de la Gare - 73000 Chambéry

L'ABONNÉ

Mme Mr Nom Prénom : _____ Né(e) le : ___ / ___ / _____

Je possède une carte OÙRAI : Oui - N° de carte : _____ Non

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tel fixe : _____ Tel portable : _____ Mail : _____

REPRÉSENTANT LÉGAL (remplir ce cadre)

Mme Mr Nom Prénom : _____ Né(e) le : ___ / ___ / _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tel fixe* : _____ Tel portable* : _____ Mail* : _____

Fournir a minima un moyen pour vous contacter*

Je souhaite recevoir une attestation de vente pour bénéficier de la prime transport.

L'ABONNEMENT

Date de début de validité souhaitée* : ___ / ___ / _____ (une confirmation sera envoyée par mail)

LES PIÈCES JOINTES À RETOURNER

- Photocopie recto-verso d'une pièce d'identité (ou livret de famille) de l'abonné et de son représentant légal
- Photo d'identité récente de l'abonné (45x35 mm), avec nom et prénom au dos (sauf si déjà titulaire d'une carte OÙRAI !)
- Paiement comptant : chèque libellé à l'ordre de Keolis Chambéry
- Paiement en plusieurs fois : 1 RIB + 1 mandat de prélèvement SEPA rempli + 1 photocopie de la pièce d'identité du payeur

CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER D'UNE TARIFICATION SOLIDAIRE (résident de Grand Chambéry)

Pièces justificatives à retourner :

| Quotient familial inférieur à 690 | Quotient familial inférieur à 200 |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • attestation de paiement de la CAF ou de la MSA de moins de 3 mois avec le nom des ayants droit. | <ul style="list-style-type: none"> • avis d'imposition, • attestation de la CAF de paiement • livret de famille ou pièce d'identité |

- Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette demande d'abonnement.
- J'accepte de recevoir des informations et offres de Synchro BUS et de OÙRAI (infos trafic, offres promotionnelles). Synchro BUS s'engage à ne pas divulguer vos données personnelles.
- J'ai pris connaissance des conditions générales de l'abonnement annuel et de la carte OÙRAI téléchargeables sur le site synchro-bus.fr et disponibles en agence Synchro.

Attention : en cas de formulaire incomplet ou de pièces justificatives manquantes, le dossier sera considéré incomplet et vous sera retourné.

Les informations sont collectées par Synchro BUS, responsable des traitements qui ont pour finalité la gestion des données billettiques, la gestion commerciale ainsi que pour la gestion des opérations de contrôle des titres de transport dans le cadre de ces applications. Vous disposez des droits d'accès et de rectification aux données vous concernant selon les modalités précisées dans les conditions générales de la carte OÙRAI et conformément aux préconisations de la CNIL. Synchro BUS reste le seul destinataire des informations. Sur simple demande écrite, l'intéressé peut avoir accès aux informations ou les corriger.

Fait à : _____, le : _____

Signature de l'abonné ou du représentant légal

Je souhaite créer une carte OÙRA!

Total 5,00 €



Vous avez moins de 4 ans Gratuit

Paiement en une seule fois*

Paiement par prélèvement automatique*

Vous avez entre 4 et 11 ans

| | Plein tarif | Total |
|-------------------|------------------|---------|
| Quotient familial | entre 591 et 690 | 92,00 € |
| | entre 491 et 590 | 47,00 € |
| | entre 1 et 490 | 29,00 € |
| | | 11,00 € |

| 4 mensualités de | Total |
|----------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> 23,00 € | 92,00 € |
| <input type="checkbox"/> 11,75 € | 47,00 € |
| <input type="checkbox"/> 7,25 € | 29,00 € |

Vous avez entre 12 et 25 ans

| | Plein tarif | Total |
|-------------------|------------------|----------|
| Quotient familial | entre 591 et 690 | 187,00 € |
| | entre 491 et 590 | 94,50 € |
| | entre 1 et 490 | 57,50 € |
| | | 20,50 € |

| 5 mensualités de | Total |
|----------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> 37,40 € | 187,00 € |
| <input type="checkbox"/> 18,90 € | 94,50 € |
| <input type="checkbox"/> 11,50 € | 57,50 € |

Vous avez entre 26 et 64 ans

| | Plein tarif | Total |
|-------------------|------------------|----------|
| Quotient familial | entre 591 et 690 | 362,00 € |
| | entre 491 et 590 | 182,00 € |
| | entre 1 et 490 | 110,00 € |
| | | 38,00 € |

| 8 mensualités de | Total |
|----------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> 45,25 € | 362,00 € |
| <input type="checkbox"/> 22,75 € | 182,00 € |
| <input type="checkbox"/> 13,75 € | 110,00 € |

Vous avez 65 ans et +

| | Plein tarif | Total |
|-------------------|------------------|----------|
| Quotient familial | entre 591 et 690 | 187,00 € |
| | entre 491 et 590 | 94,50 € |
| | entre 1 et 490 | 57,50 € |
| | | 20,50 € |

| 5 mensualités de | Total |
|----------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> 37,40 € | 187,00 € |
| <input type="checkbox"/> 18,90 € | 94,50 € |
| <input type="checkbox"/> 11,50 € | 57,50 € |

*Frais de dossier inclus au prix de 2€

Hors heures de pointe
(de 9h à 16h et de 19h à 7h)

JE CHOISIS MON MODE DE PAIEMENT

- Au comptant : 1 chèque à l'ordre de Keolis Chambéry ou en espèces ou par carte bancaire en se rendant à l'agence commerciale Synchro
- En plusieurs fois : 1 RIB + mandat de prélèvement SEPA + carte d'identité du payeur

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **KEOLIS Chambéry** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **KEOLIS Chambéry**. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

CRÉANCIER

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : **FR5673785799D**
 Nom du créancier : KEOLIS CHAMBERY
 Adresse (N° et rue) : 18 avenue des Chevaliers Tireurs
 Code postal et ville : 73026 CHAMBERY CEDEX
 Pays : France

DÉBITEUR

Nom Prénom
 Adresse
 Code Postal Ville
 Pays
 N° de compte IBAN :
 Code BIC :
 Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE UN RIB

Fait à _____ Signature
 le _____

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à être utilisées par le créancier pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.