

L'ABONNÉ

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

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

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tel fixe : _____ Tel portable : _____ Mail : _____

REPRÉSENTANT LÉGAL

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

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

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

Fournir a minima un moyen pour vous contacter*

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 OÙRA !)
- 1 RIB + 1 mandat de prélèvement SEPA rempli + 1 photocopie de la pièce d'identité du payeur
- 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 OuRA! (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 OÙRA! téléchargeables sur le site synchro-bus.fr et disponibles en agence Synchro.

Les informations sont collectées par SynchroBus, 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 OÙRA! et conformément aux préconisations de la CNIL. SynchroBus 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

synchro-bus.fr

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 :
FR5673785799D

Nom du créancier :
KEOLIS CHAMBÉRY

Adresse : 18 avenue des
chevaliers tireurs
73026 Chambéry CEDEX

Pays : FRANCE

**N'OUBLIEZ PAS DE
JOINDRE UN RIB**

DÉBITEUR

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

Fait à : _____ Signature du débiteur

Le : _____