CONTRAT DE SOUSCRIPTION : AU POST PAIEMENT SYNCHRO ACCESS'

Formulaire et pièces jointes à retourner à l'adresse suivante :

Agence multimodale Synchro / SNCF - 249 place de la Gare - 73000 Chambéry

Limitez tout contact avec le conducteur, en souscrivant au post paiement Synchro ACCESS' : payez par prélèvement le mois suivant.

L'ABONNÉ

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

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*

PIÈCE JOINTE À RETOURNER

- 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 de souscription.

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

synchro-bus.fr/Nos-services/Synchro-Access

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 _____ 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.

Fait à : _____

Le : _____

Signature du débiteur

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec le client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, 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.

Synchro BUS - juin 2020