CONTRAT DE SOUSCRIPTION : TICKET LIBERTÉ PRO

Formulaire et pièces jointes à retourner l'adresse suivante :

espace-pro@synchro-bus.fr ou

Synchro BUS – Espace PRO – 249, Place de la Gare 73000 CHAMBERY

L'ABONNÉ

Raison sociale[1] : _____

☐ Entreprise, précisez le numéro SIRET[1] : _____

☐ Association, précisez le numéro NRA[1] : _____

Adresse[1] : _____

Code Postal[1] : _____ Ville[1] : _____

Téléphone[1] : _____ Mail : _____

Nom et prénom du référent : _____

Adresse de facturation *(si différente de l'adresse ci-dessus) :* _____

Inscrire dans le tableau les numéros des cartes OùRA ! PRO concernées par cette demande[1] :

[1] Données obligatoires

LES PIÈCES À JOINDRE ET À RETOURNER

- Logo en format image et 1 RIB + 1 mandat de prélèvement SEPA rempli

☐ Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette demande

☐ J'accepte de recevoir des informations et des offres de la part de Synchro BUS et de OùRA ! (information trafic, offres promotionnelles, etc). Synchro BUS s'engage à ne pas divulguer vos données.

☐ J'ai pris connaissance des conditions générales de vente téléchargeables sur le site synchro-bus.fr et disponible à l'agence Synchro.

Les informations sont collectées par Synchro BUS, responsable des traitements qui ont pour finalité la gestion des données billettique, 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. 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 et tampon :

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

Identifiants Créancier SEPA (ICS) : FR563785799D

Nom du créancier : KEOLIS CHAMBERY

Adresse (N° et rue) : 18 avenue des Chevaliers Tireurs

Code postal et ville : 73026 CHAMBERY CEDEX

Pays : France

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 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.

DÉBITEUR

Intitulé du compte

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.