

Formulaire et pièces jointes à retourner **OBLIGATOIREMENT** par courrier :
 Agence Synchro - Espace Pro - 249 place de la Gare - 73000 Chambéry

L'ABONNÉ

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

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

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél Fixe : _____ Tél portable : _____ Mail : _____

REPRÉSENTANT LÉGAL (remplir ce cadre)

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

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

*Tél Fixe : _____ *Tél portable : _____ *Mail : _____

*remplir *a minima* 1 moyen pour vous contacter

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

L'ABONNEMENT 12 mois + 1 mois gratuit

Date de début de validité souhaitée : 01 / ____ / 202__ (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
- Photo d'identité récente de l'abonné (45x35 mm) avec son nom et prénom au dos (sauf si vous êtes déjà titulaire d'une carte Oûra)
- 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 paiement de la CAF • 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 des offres de la part de Synchro Bus et de Oûra (informations trafic, offres promotionnelles). Synchro Bus s'engage à ne pas divulguer vos données personnelles.
- Je pris connaissance des conditions générales de l'abonnement annuel et de la carte Oûra téléchargeables sur le site synchro.grandchambery.fr et disponibles en l'agence Synchro.

Attention : en cas de formulaire incomplet, ou de pièces justificatives manquantes, le dossier sera considéré comme 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 Oûra 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 du représentant légal

synchro.grandchambery.fr

Verso à compléter →

A COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR

Je soussigné (e) Mr/Mme _____

Agissant en qualité de _____

Atteste que ce salarié travaille dans la société :

Fait le _____

Tampon de la société

JE CHOISIS MON ABONNEMENT ANNUEL ET MON MODE DE RÈGLEMENT

Je souhaite créer une carte OÛRA!

Total	<input type="checkbox"/>
5,00 €	



	<input type="checkbox"/> Paiement en une seule fois*	<input type="checkbox"/> Paiement par prélèvement automatique*
Vous avez entre 12 et 25 ans		
Plein tarif	<input type="checkbox"/> Total 187,00 €	<input type="checkbox"/> 5 mensualités de 37,40 € Total 187,00 €
Quotient familial	<input type="checkbox"/> entre 591 et 690 94,50 €	<input type="checkbox"/> 18,90 € 94,50 €
	<input type="checkbox"/> entre 491 et 590 57,50 €	<input type="checkbox"/> 11,50 € 57,50 €
	<input type="checkbox"/> entre 1 et 490 20,50 €	
Vous avez entre 26 et 64 ans		
Plein tarif	<input type="checkbox"/> Total 362,00 €	<input type="checkbox"/> 8 mensualités de 45,25 € Total 362,00 €
Quotient familial	<input type="checkbox"/> entre 591 et 690 182,00 €	<input type="checkbox"/> 22,75 € 182,00 €
	<input type="checkbox"/> entre 491 et 590 110,00 €	<input type="checkbox"/> 13,75 € 110,00 €
	<input type="checkbox"/> entre 1 et 490 38,00 €	
Vous avez 65 ans et +		
Plein tarif	<input type="checkbox"/> Total 187,00 €	<input type="checkbox"/> 5 mensualités de 37,40 € Total 187,00 €
Quotient familial	<input type="checkbox"/> entre 591 et 690 94,50 €	<input type="checkbox"/> 18,90 € 94,50 €
	<input type="checkbox"/> entre 491 et 590 57,50 €	<input type="checkbox"/> 11,50 € 57,50 €
	<input type="checkbox"/> entre 1 et 490 20,50 €	
Hors heures de pointe	<input type="checkbox"/> 128 €	<input type="checkbox"/> 5 mensualités de 25,6 € Total 128 €

*Frais de dossier inclus au prix de 2€ (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
- En plusieurs fois : 1 RIB + mandat de prélèvement SEPA + carte d'identité du payeur

MANDAT DE PRELEVEMENT 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 _____