

L'ABONNÉ

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

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

Remplir ce cadre pour un premier abonnement ou en cas de modifications

Adresse* : _____

Code postal* : _____ Ville* : _____

Tél fixe* : _____ Tél portable* : _____ Mail* : _____

* Fournir a minima un moyen pour vous contacter

REPRÉSENTANT LÉGAL

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

Adresse* : _____

Code postal* : _____ Ville* : _____

Tél fixe* : _____ Tél portable* : _____ Mail* : _____

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, avec nom et prénom au dos (sauf si déjà titulaire d'une carte Oûra)
- Un moyen de paiement (à choisir au verso de ce formulaire)

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

Pièces justificatives à retourner :

Quotient familial inférieur ou égal à 690	Quotient familial inférieur à 200
<ul style="list-style-type: none"> • Dernière attestation de paiement de la CAF ou de la MSA avec le nom des ayants droit et les prestations datant de moins de 3 mois (attention l'attestation de quotient familial n'est pas valable) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dernier avis d'imposition • Dernière attestation de paiement de la CAF (prestations datant de moins de 3 mois) • Livret de famille ou pièce d'identité

- * Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette demande d'abonnement.
- J'accepte de recevoir les offres commerciales (promotions...) de la part de Synchro Bus par le ou les moyens de communication renseignés dans le présent formulaire
- * J'ai pris connaissance des Conditions Générales de Vente téléchargeables sur le site synchro.grandchambery.fr (rubrique « Conditions Générales de vente et d'utilisation des titres de transport ») et disponibles en agence multimodale Synchro.

* MENTIONS OBLIGATOIRES

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

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par KEOLIS CHAMBERY exploitant de Synchro BUS, 18 avenue des Chevaliers Tireurs, 73000 CHAMBERY, responsable de traitement notamment pour la gestion des données billettiques, la gestion commerciale, pour la gestion des opérations de contrôle des titres de transport. La base légale du traitement est le présent contrat et votre consentement à recevoir des informations sur nos offres ou le trafic. Les données collectées seront communiquées : aux services internes de KEOLIS CHAMBERY, Oûra et ses sous-traitants de confiance. Les données sont conservées pendant la durée du contrat et conformément aux prescriptions légales. Pour plus de précisions, consultez la Politique de Confidentialité sur le site synchro.grandchambery.fr et en agence. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement et exercer votre droit à la limitation du traitement, à la portabilité et votre droit d'opposition. Vous pouvez retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données à des fins commerciales. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données par KEOLIS CHAMBERY, vous pouvez contacter notre Délégué à la protection des données par mail à l'adresse dpo.chambery@synchro-bus.fr ou par courrier à l'adresse suivante : 18 avenue des Chevaliers Tireurs, 73000 CHAMBERY.

Fait à : _____, le : _____

Signature de l'abonné ou du représentant légal

JE CHOISIS MON ABONNEMENT ANNUEL ET MON MODE DE RÈGLEMENT

Je souhaite créer une carte Oûra

Total 5,00



Obligatoire et valable 5 ans

Vous avez moins de 4 ans Gratuit

Paiement en une seule fois

Paiement par prélèvement automatique

Tranche d'âge	Quotient familial	Type de tarif	Prix	Options mensuelles	Prix mensuel
Vous avez entre 4 et 11 ans	-	Plein tarif	92 €	<input type="checkbox"/> 9,20 € x 10 mensualités =	92 € *
		Entre 591 et 690	47 €	<input type="checkbox"/> 11,75 € x 4 mensualités =	47 €
		Entre 491 et 590	29 €	<input type="checkbox"/> 7,25 € x 4 mensualités =	29 €
		Entre 1 et 490	11 €		
Vous avez entre 12 et 25 ans	-	Plein tarif	187 €	<input type="checkbox"/> 18,70 € x 10 mensualités =	187 € *
		Entre 591 et 690	94,50 €	<input type="checkbox"/> 18,90 € x 5 mensualités =	94,50 €
		Entre 491 et 590	57,50 €	<input type="checkbox"/> 11,50 € x 5 mensualités =	57,50 €
		Entre 1 et 490	20,50 €		
Vous avez entre 26 et 64 ans	-	Plein tarif	362 €	<input type="checkbox"/> 36,20 € x 10 mensualités =	362 € *
		Entre 591 et 690	182 €	<input type="checkbox"/> 22,75 € x 8 mensualités =	182 €
		Entre 491 et 590	110 €	<input type="checkbox"/> 13,75 € x 8 mensualités =	110 €
		Entre 1 et 490	38 €		
Vous avez 65 ans et +	-	Plein tarif	187 €	<input type="checkbox"/> 18,70 x 10 mensualités =	187 € *
		Entre 591 et 690	94,50 €	<input type="checkbox"/> 18,90 x 5 mensualités =	94,50 €
		Entre 491 et 590	57,50 €	<input type="checkbox"/> 11,50 x 5 mensualités =	57,50 €
		Entre 1 et 490	20,50 €		

Frais de dossier inclus au prix de 2€

* Pour le plein tarif en prélèvement automatique, l'abonnement annuel sera reconduit automatiquement chaque année.

JE CHOISIS MON MODE DE PAIEMENT

- Au comptant : 1 chèque à l'ordre de KEOLIS Chambéry OU en espèces ou carte bancaire à l'agence multimodale Synchro / SNCF
249 place de la Gare, 73000 CHAMBERY
- 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.

Identifiant Créancier SEPA (ICS)

FR5673785799D

Nom du créancier :
Adresse (n° et rue) :
Code postal et ville :
Pays :

KEOLIS CHAMBERY
18, avenue des Chevaliers Tireurs
73 026 Chambéry Cedex
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 que pour la gestion de sa relation avec son 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.

