

L'ABONNÉ

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

Je possède une carte OÛra : Oui - n° de carte : _____ Non

Adresse* : _____

Code Postal* : _____ Ville* : _____

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

Remplir 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* : _____

Remplir 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 avec nom et prénom au dos (sauf si déjà titulaire d'une carte OÛra)
- 1 RIB + 1 mandat de prélèvement SEPA rempli (au verso du formulaire) + 1 photocopie de la pièce d'identité du payeur

Si vous n'êtes pas déjà titulaire d'une carte OÛra*

- 2€ de frais de dossier et 5€ de frais de création de la carte OÛra** par chèque libellé à l'ordre de : **Keolis Chambéry** ou en agence multimodale Synchro / SNCF par CB ou espèce.
*pour bénéficier du ticket liberté, la carte OÛra est obligatoire et est valable 5 ans

Vous souhaitez souscrire au Ticket Liberté pour :

- Le réseau Synchro Bus
- Le service scolaire
- *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.

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

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 : _____ Signature du débiteur

Le : _____

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.