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

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*

LES PIÈCES JOINTES À RETOURNER

- 1 RIB + 1 mandat de prélèvement SEPA rempli + 1 photocopie de la pièce d'identité du payeur.

* MENTIONS OBLIGATOIRES

Attention : en cas de formulaire incomplet ou de pièces justificatives manquantes, le dossier sera considéré incomplet et vous sera retourné. Synchro BUS reste le seul destinataire des informations. Sur simple demande écrite, l'intéressé peut avoir accès aux informations ou les corriger.

☐ * 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 TRANSDEV GRAND 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 TRANSDEV GRAND CHAMBERY, Oùra 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 TRANSDEV GRAND 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

synchro.grandchambery.fr / Se déplacer / Synchro Access

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Transdev Grand Chambéry à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Transdev Grand 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 :
FR53922397781

Nom du créancier :
TRANSDEV GRAND 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

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.