

Formulaire et pièces jointes à retourner à l'adresse suivante :

espace-pro@synchro-bus.fr ou

Synchro Mobilités - Espace Pro - 249 Place de la Gare 73000 Chambéry

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 Oûra 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 Mobilités et de Oûra (information trafic, offres promotionnelles, etc) Synchro Mobilités s'engage à ne pas divulguer vos données

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

Les informations sont collectées par Synchro Mobilités, 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 Oûra et conformément aux préconisations de la CNIL.

Synchro Mobilités 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 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 CHAMBERY

Adresse : 18 avenue des chevaliers tireurs
73026 Chambéry CEDEX
Pays : FRANCE

Fait à : _____ le : _____

Signature du débiteur :

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.

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'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.