

CONTRAT D'ABONNEMENT – 6-26 PERMANENT

A remplir en lettres majuscules, les champs avec un * sont obligatoires

Identité de l'abonné

Vous disposez d'une carte SimpliCités LE MET', indiquez son numéro : _____

Madame Monsieur

NOM* : _____ PRENOM* : _____

DATE DE NAISSANCE* : ____ / ____ / ____

ADRESSE* : _____

CODE POSTAL* : _____ VILLE* : _____

Je ne souhaite pas recevoir par courrier d'informations ni de propositions commerciales du réseau LE MET'.

N° TELEPHONE PORTABLE* : _____ (pour le suivi de mon dossier)

N° TELEPHONE FIXE* : _____ (pour le suivi de mon dossier)

J'accepte de recevoir des informations et propositions commerciales de la part du réseau LE MET' par SMS/MMS

Je ne souhaite pas être contacté par téléphone pour recevoir les informations, propositions commerciales et enquêtes du réseau LE MET'.

MAIL* : _____ @ _____

J'accepte de recevoir par email des informations et des propositions commerciales de la part du réseau LE MET'.

J'ai lu et j'accepte les Conditions Générales de Vente.

J'ai lu et j'accepte les modalités de traitement de mes données.

Signature du demandeur (ou du représentant légal pour les mineurs de moins de 15 ans)

Fait à _____, le _____

Nom : _____ Prénom : _____ Signature : _____

Pour recevoir la newsletter LE MET' afin d'être informé des nouveautés et informations du réseau par email et recevoir les informations situations perturbées (neige-grève) par SMS : inscription dans votre espace personnel sur lemet.fr

Abonnement

Pour connaître les tarifs, se référer au dépliant tarifaire ou sur lemet.fr

Je souhaite que mon abonnement débute au mois de _____ (mois/année)

Paiement de l'abonnement – Pièces à joindre à votre formulaire

Pour prendre effet, le formulaire d'abonnement doit obligatoirement être accompagné :

- **Du règlement du premier mois d'abonnement**
 - Aux guichets de l'Espace Mobilité : Espèces, Carte Bancaire ou Chèque à l'ordre de TAMM
 - Par correspondance : chèque à l'ordre de TAMM
- **Du mandat de prélèvement SEPA complété et signé par le payeur (prélèvements automatiques à compter du deuxième mois d'abonnement)**
- **RIB ou RIP**
- **Une copie de la pièce d'identité en cours de validité du Payeur si différent de l'abonné**

Les champs obligatoires sont marqués d'un astérisque (*)

Les informations recueillies par le réseau LE MET', à partir de ce formulaire, font l'objet d'un traitement informatisé nécessaire à la gestion des relations commerciales ainsi qu'à la gestion des impayés. Ces données sont destinées au réseau LE MET', qui est responsable de traitement, ainsi que, le cas échéant à ses partenaires, sous-traitants ou prestataires situés dans/hors de l'Union Européenne. Vos données sont conservées pour les durées nécessaires à la gestion administrative et comptable des services souscrits et la promotion des services. Pour plus d'informations, nous vous invitons à consulter notre [politique de confidentialité](#), disponible sur le site internet lemet.fr. Conformément à la réglementation applicable, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et/ou de suppression de vos données personnelles. Vous pouvez également vous opposer à leur traitement à des fins commerciales. Vous pouvez exercer ces droits, ou adresser toute autre question, à contact@lemet.fr ou à l'adresse postale suivante : 10 Rue des Intendants JOBA – CS 30009-57063 METZ cedex 2.

Pour toute question relative au traitement de vos données personnelles, vous pouvez également vous adresser à notre délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@lemet.fr.

Identité du payeur (si différent de l'abonné)

Madame

Monsieur

NOM* : _____

PRENOM* : _____

DATE DE NAISSANCE* : ____ / ____ / ____

ADRESSE* : _____

CODE POSTAL* : _____ VILLE* : _____

Je ne souhaite pas recevoir par courrier d'informations ni de propositions commerciales du réseau LE MET'.

N° TELEPHONE PORTABLE* : _____ (pour le suivi de mon dossier)

N° TELEPHONE FIXE* : _____ (pour le suivi de mon dossier)

J'accepte de recevoir des informations et propositions commerciales de la part du réseau LE MET' par SMS/MMS

Je ne souhaite pas être contacté par téléphone pour recevoir les informations, propositions commerciales et enquêtes du réseau LE MET'.

MAIL* : _____@_____

J'accepte de recevoir par email des informations et des propositions commerciales de la part du réseau LE MET'.

J'ai lu et j'accepte les Conditions Générales de Vente.

J'ai lu et j'accepte les modalités de traitement de mes données.

Signature du payeur

Fait à _____, le _____

Nom : _____ Prénom : _____ Signature : _____

Les champs obligatoires sont marqués d'un astérisque (*)

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA CORE

Référence Unique du Mandat (RUM) :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SAEML TAMM à envoyer des instructions à votre banque pour débitier votre compte, et votre banque à débitier votre compte conformément aux instructions de la SAEML TAMM.

Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé, et vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Identifiant du créancier (ICS) : **FR65571602665**

Type de paiement : **Récurrent / Répétitif**

Désignation du titulaire du compte à débiter	Désignation du créancier
Votre Nom* Ou dénomination sociale si société Votre Adresse* Code Postal* Ville* Pays* Adresse E-mail Téléphone	Dénomination sociale SAEML TAMM Adresse* 10 rue des Intendants JOBA – CS 30009 Code Postal* 57063 Ville* METZ Cedex 2 Pays* France

Désignation du compte à débiter (Merci de joindre un RIB à ce document)

IBAN – Numéro d'identification internationale du compte bancaire	BIC – Code International d'identification de votre banque
--	---

Si vous ne souhaitez pas recevoir vos notifications à l'adresse e-mail mentionnée sur ce mandat, merci de cocher cette case

Nom et Qualité du signataire*

(Uniquement si société, signataire habilité)

Lieu de signature*

Date de signature*

Signature(s)* : veuillez signer ici

.....

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Mention CNIL : 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 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.