

DEMANDE D'ABONNEMENT ANNUEL PMR (plein tarif) par prélèvement automatique



Partie réservée à la CTS

Mme M. NOM _____ PRÉNOM _____ NÉ(E) LE _____

Code Payeur _____

Mme M. NOM _____ PRÉNOM _____ NÉ(E) LE _____

Code Payeur _____

Mme M. NOM _____ PRÉNOM _____ NÉ(E) LE _____

Code Payeur _____

TÉLÉPHONE _____

E-MAIL _____

Exemplaire
à conserver
par la CTS

● Je m'abonne à partir du mois de _____ 2 | 0 | _____
(Pour les prélèvements automatiques, demande à effectuer avant le 15 du mois précédent le mois de démarrage de l'abonnement.)

● J'ai pris connaissance, j'ai compris et j'accepte* :

les conditions générales de vente et d'utilisation de la CTS (ci-après "CGVU"), la politique de confidentialité de la CTS et le règlement de police des transports de la CTS, disponibles sur le site internet cts-strasbourg.eu ou sur demande à l'agence commerciale CTS

Les CGVU font partie intégrante de la relation contractuelle et sont applicables sur l'ensemble du réseau de transport urbain de l'Eurométropole de Strasbourg exploité par la CTS ou pour son compte. Le client s'engage à utiliser le réseau de transports en commun CTS conformément au règlement de police des transports de la CTS.

Toute commande dans un point de vente physique ou en ligne via le site de la CTS implique que le Client ait lu et accepté, sans réserve, les CGVU précisant l'application de la politique de confidentialité et le règlement de police des transports de la CTS.

Il est conseillé au client de lire les CGVU de façon préalable à chaque achat, dès lors que celles-ci peuvent être modifiées. Le Client est invité à télécharger et à conserver une copie numérique ou papier des CGVU applicables

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR

NOM _____
 PRÉNOM _____
 ADRESSE _____
 CP _____
 VILLE _____
 DATE DE NAISSANCE DU PAYEUR _____

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER
CTS

CS 15002
67035 STRASBOURG Cedex 2

● Paiement récurrent/répétitif

IBAN (International Bank Account Number) - Numéro d'identification internationale du compte bancaire

Les coordonnées de votre compte :

BIC (Bank Identifier Code) - Code international d'identification de votre banque :

▶ JOIGNEZ IMPÉRATIVEMENT UN RIB

SIGNÉ À

LIEU _____

DATE _____

RUM _____

Référence unique du mandat - A compléter par le créancier

SIGNATURE MANUSCRITE OBLIGATOIRE

Veuillez signer ici :

ICS FR09ZZZ301809

Identification du créancier

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

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.

*Mention obligatoire. Si cette case n'est pas cochée, cette demande ne sera pas prise en compte