

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA**Référence Unique du Mandat**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **C.T.O. (Compagnie de Transport des Olonnes)** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **C.T.O. (Compagnie de Transport des Olonnes)**

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER :

CTO Compagnie de Transport des Olonnes – 9 Bis Allée Gautier – BP 83425 Olonne Sur Mer – 85341 Les Sables d'Olonne Cédex

TITULAIRE DU COMPTE A DEBITERMme Mr

Nom d'usage : Code Postal :

Prénom : Ville :

Adresse : Téléphone :

Nom Prénom de votre(vos) enfant(s) :

Numéro inscrit sur sa carte de transport :

ECHEANCES ABONNEMENT OCEANE ANNUEL (de 27 à 65 ans)Montant de l'échéance sur **10 mois (pour 12 mois d'utilisation)** :1 Abonné **29.00€** 2 Abonnés **58.00€****Dates des prélèvements** : communiquées ultérieurement par mail suite réception du mandat.**Merci de nous transmettre un RIB (Relevé d'Identité Bancaire)****CONDITIONS GENERALES**

La souscription à un abonnement annuel implique un engagement sur la durée totale du contrat de 12 mois. Il est important de s'assurer que cet engagement pourra être tenu.

L'interruption du contrat est possible sous certaines conditions et sur présentation des justificatifs à savoir :

- | | |
|---------------------------------------|--|
| Changement d'adresse : | <input checked="" type="checkbox"/> justificatif de domicile |
| Changement d'établissement scolaire : | <input checked="" type="checkbox"/> certificat de scolarité |
| Perte d'emploi : | <input checked="" type="checkbox"/> avis d'arrêt de travail |
| Maladie (+ de 2 mois) : | <input checked="" type="checkbox"/> avis d'arrêt de travail |
| Décès : | <input checked="" type="checkbox"/> certificat de décès |

GESTION DES IMPAYES

En cas de rejet d'un prélèvement par un établissement bancaire, la société **CTO (Compagnie de Transport des Olonnes)** en avisera le titulaire du compte par téléphone. La carte de transport sera automatiquement désactivée dans un délai de trois (3) jours calendaires. L'accès au service ne sera donc plus possible. Des frais de gestion forfaitaire peuvent être appliqués.

En cas de non régularisation avant le 25 du mois en cours, le dossier sera remis au service de recouvrement.

Je souscris au paiement par prélèvement automatique et reconnaiss avoir pris connaissances des conditions ci-dessus.

A..... Le/...../.....

Signature du titulaire du compte à débiter (**OBLIGATOIRE**)