

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA
TARIF SOLIDAIRE

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 DEBITER

Mme ☐ 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 TARIF SOLIDAIRE

-50% avec la Complémentaire Santé Solidaire :

- Vous disposez de la Complémentaire Santé Solidaire ainsi que vos ayant droits.

- Sur présentation de votre attestation "Complémentaire Santé Solidaire" datée de moins de 3 mois.

Montant de l'échéance sur **10 mois (pour 12 mois d'utilisation)** :

ABONNEMENT JEUNE ANNUEL (de 5 à 26 ans)

1 enfant abonné ☐ **9.50€** 2 enfants abonnés ☐ **19€** 3 enfants abonnés ☐ **23.75€**

ABONNEMENT OCEANE ANNUEL (de 27 à 65 ans)

☐ **14.50€**

ABONNEMENT SENIOR ANNUEL (66 ans et plus)

☐ **12.00€**

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 : ☒ justificatif de domicile

Changement d'établissement scolaire : ☒ certificat de scolarité

Perte d'emploi : ☒ avis d'arrêt de travail

Maladie (+ de 2 mois) : ☒ avis d'arrêt de travail

Décès : ☒ 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 reconnais avoir pris connaissances des conditions ci-dessus.

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

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

Les informations contenues dans le présent document ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier ci-dessus dans les conditions prévues par la délibération n°80/10 du 01/04/1980 de la Commission Nationale de l'informatique et des libertés