DEMANDE D'ABONNEMENT PAR PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE
avec quotient familial inférieur ou égal à 795 €

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

Mme ☐ M. ☐ NOM PRÉNOM NÉ(E) LE — Code Payeur

Mme ☐ M. ☐ NOM PRÉNOM NÉ(E) LE — Code Payeur

TÉLÉPHONE

E-MAIL

Partie réservée à la CTS

QF

Exemplaire à conserver par la CTS

● Je m'abonne à partir du mois de 2 0
(Mise en place minimum pour 6 mois consécutifs)

● 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**

Septembre 2022