

FORMULAIRE DE SOUSCRIPTION

À RETOURNER À LA CTS



> COORDONNÉES DE L'ABONNÉ(E) (tous les champs doivent être renseignés)

Mme M. Nom _____ Prénom _____
Né(e) le : _____
Adresse _____
Code postal _____ Ville _____
Téléphone _____ E-mail _____

> CHOIX DE LA FORMULE

<input type="checkbox"/> FORMULE LIBERTÉ			<input type="checkbox"/> FORMULE PREMIUM		
Abonnement annuel Bus/Tram Accès aux Véloparcs Accès aux Parkings-relais (P+R) de la CTS					
Abonnement au service Vélhop en station automatique pour 1 an + facturation à l'usage			Accès illimité à Vélhop		
Accès au service d'autopartage CITIZ Facturation à l'usage : à partir de 4€/h + 0,42 €/km			<input type="checkbox"/> Accès illimité aux vélos en station automatique <input type="checkbox"/> Un vélo à l'année à retirer à l'agence Vélhop Gare		
Je souhaite recevoir la confirmation de mes réservations par sms <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			Je souhaite recevoir la confirmation de mes réservations par sms <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Formule	Tarif annuel	Soit 12 mensualités de	Formule	Tarif annuel	Soit 12 mensualités de
Liberté 18-25 ans	333,60 €	27,80 €	Premium 18-25 ans	429,60 €	35,80 €
Liberté 26-64 ans	596,40 €	49,70 €	Premium 26-64 ans	680,40 €	56,70 €
Liberté + 65 ans	333,60 €	27,80 €	Premium + 65 ans	429,60 €	35,80 €

- Je souscris à cet abonnement pour une durée d'un an à partir du mois de _____
- Paiement par prélèvement automatique (demande à effectuer avant le 15 du mois précédant le mois de démarrage de l'abonnement)
- Paiement au comptant par chèque au nom de la CTS (demande à effectuer le 20 du mois précédant le mois de démarrage de l'abonnement)
- Je souhaite bénéficier, sans surcoût, de l'accès aux TER circulant au sein de l'Eurométropole de Strasbourg
Veuillez joindre à votre demande un justificatif de domicile attestant de votre résidence dans l'Eurométropole de Strasbourg. Liste des pièces justificatives acceptées et conditions d'utilisation de la contremarque TER disponibles sur cts-strasbourg.eu
- Je ne souhaite pas recevoir d'informations commerciales

L'attestation d'achat mensuelle pour l'employeur est disponible sur l'application CTS ou via l'agence en ligne CTS sur cts-strasbourg.eu

- J'ai pris connaissance, j'ai compris et j'accepte les conditions générales de vente et d'utilisation du Pass Mobilité

Date

Signature

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

Concernant l'abonné(e)

- Une copie recto verso du permis de conduire (si vous n'avez pas un permis français, d'autres pièces justificatives vous seront demandées par Citiz)
- Une photo d'identité
- Un justificatif de domicile de moins de trois mois



A fournir pour le paiement par l'abonné(e) ou par le payeur si différent

L'ensemble des pièces ci-dessous doivent impérativement être au même nom

- Un Relevé d'Identité Bancaire
- Une copie de la carte d'identité du payeur
- Le formulaire de demande de prélèvement automatique (mandat SEPA dûment complété et signé (abonnement Passmobilité)
- Pour CITIZ :
 - si paiement CB au trajet, ne pas compléter le mandat
 - si paiement par prélèvement, compléter obligatoirement le mandat CITIZ et joindre un RIB
- Si vous avez opté pour la formule Premium avec un Vélhop à l'année, un dépôt de garantie de 200€ (mandat SEPA + RIB) vous sera demandé lors du retrait du vélo à l'Agence Vélhop Gare de Strasbourg.

DEMANDE DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE POUR L'ABONNEMENT PASS MOBILITÉ



Mme M.

NOM _____
PRÉNOM _____
NÉ(E) LE _____
TÉLÉPHONE _____
E-MAIL _____

Exemplaire
à conserver par
la CTS

● Je m'abonne à partir du mois de _____
(Demande à effectuer avant le 15 du mois précédant 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 du Pass Mobilité disponibles sur le site de la CTS :
cts-strasbourg.eu

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

NOM PRÉNOM ET ADRESSE **ACTUELLE** DU DEBITEUR

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

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER

CTS
CS 15002
67035 STRASBOURG Cedex 2

TYPE DE PAIEMENT : 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.

Les informations contenues dans la présente demande seront utilisées pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 80-10 DU 1/4/80 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.
Note : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

