

DEMANDE D'INSCRIPTION -- ABONNEMENT ANNUEL

NOM* :

PRENOM* :

ADRESSE* :

CODE POSTAL* : VILLE* :

E-MAIL* :

N° TELEPHONE* :

N° PORTABLE :

DATE DE NAISSANCE* :

- * champs obligatoires

CHOIX DE L'ABONNEMENT

Abonnement annuel à 400 €

Abonnement annuel jeune à 320 €

Les abonnements Annuel et mensuel jeunes sont accessibles aux personnes de moins de 25 ans et/ou aux étudiants.

MODE DE REGLEMENT

- Chèques Espèces Prélèvement*

POINT DE MONTEE :

POINT DE DESCENTE :

DATE D'INSCRIPTION :

Merci de joindre une photo à votre fiche



Désirez-vous une facture : oui non

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à faciliter la gestion des réseaux de transport.

En application de la loi Informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime, relativement à l'ensemble des données vous concernant, qui s'exerce par mail à informatique-libertes@bretagne.bzh ou par courrier postal auprès de Monsieur le Président de la Région Bretagne, [283 avenue du Général Patton](http://www.bretagne.bzh) - CS 21101 - 35711 Rennes Cedex 7.



MANDAT SEPA A COMPLETER, SIGNER ET NOUS RENVOYER ACCOMPAGNE DE VOTRE IBAN (RIB)

	En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez	SAS LES CARS DES ABERS PETIT PARIS 29870 LANNILIS	
	à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de S.A.S LES CARS DES ABERS		
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.			
Référence unique du mandat :	Identifiant créancier SEPA :	FR92ZZZ393823	
Débiteur :	Créancier :		
Votre Nom	CARS DAS ABERS		
Votre Adresse	PETIT PARIS		
Code postal	29870	LANNILIS	
Pays	FRANCE		
IBAN	<input type="text"/>		
BIC	<input type="text"/>		
A :	Le :	<input type="text"/>	
Signature :		Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.	
<input type="text"/>		Veillez compléter tous les champs du mandat.	

NOMBRE DE PRELEVEMENTS SOUHAITES : (Si le nombre de prélèvement n'est pas indiqué, le règlement se fera automatiquement en 1 fois)

1 fois (5 Septembre 2018)

10 fois (5 Septembre 2018 , 5 octobre 2018, 5 Novembre 2018, 5 décembre 2018,5 janvier 2019, 5 février 2019, 5 mars 2019, 5 avril 2019, 5 mai 2019, 5 juin 2019)

Je soussigné(e),, reconnais avoir pris connaissance qu'en cas de rejet du premier prélèvement, les autres prélèvements seront automatiquement annulés et le montant des sommes dues sera à régler dans son intégralité.

A, le

Signature :