

Exemplaire à renvoyer par courrier à RTM - Direction Financière Agence Comptable IMMEUBLE ASTROLABE
79, boulevard de Dunkerque CS 60478 13235 Marseille cedex 02 - Ou à déposer dans un Service ou Accueil Clients RTM

Vous devenez débiteur (payeur) d'un ou plusieurs Pass XL Permanent prélevés mensuellement et renouvelés par tacite reconduction.
Votre dossier doit comporter :

- Ce formulaire dûment rempli et signé Si personne morale (entreprise), un extrait k-bis
- Un RIB ou RIP ou RICE
- La photocopie de la pièce d'identité recto-verso,
- CNI, passeport ou carte de séjour en cours de validité

Identité(s) du ou des titulaires de Pass XL Permanent concerné(s) par le changement de payeur

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° de carte Transpass	Nom du titulaire	Nom de naissance	Prénom
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° de carte Transpass	Nom du titulaire	Nom de naissance	Prénom
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° de carte Transpass	Nom du titulaire	Nom de naissance	Prénom
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° de carte Transpass	Nom du titulaire	Nom de naissance	Prénom

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

*A remplir OBLIGATOIREMENT par le débiteur (payeur)

TYPE DE DEMANDE : changement de RIB avec changement de payeur

VOS COORDONNÉES

Mme* Mlle* M*

Nom du débiteur* Nom de naissance*

Prénom* Date de naissance* Ville de naissance*

Adresse*

Complément d'adresse* Code postal* Ville*

Pour bénéficier d'une gestion électronique de votre contrat :

Téléphone portable E-mail
(à défaut téléphone fixe)

Je souhaite recevoir des offres et conseils en mobilité de la part (uniquement) de la RTM.

COORDONNÉES DE VOTRE NOUVEAU COMPTE

IBAN N° d'identification international du compte bancaire
(International **B**ank **A**ccount **N**umber)

BIC Code international de votre banque
(**B**ank **I**dentifier **C**ode)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Régie des Transports Métropolitains (RTM) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de la RTM. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les huit semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER
Régie des Transports Métropolitains
IMMEUBLE ASTROLABE 79, boulevard de Dunkerque CS
Identifiant Créancier SEPA FR47ZZZ407728

Le débiteur (payeur) déclare :
- que les renseignements donnés ci-dessus sont exacts.
- avoir pris connaissance des Conditions Générales de vente et souscrire entièrement à leur contenu.

Si vous souhaitez conserver un double, faire une copie.
Aucun duplicata ne sera délivré.

Le débiteur (payeur)
Signature précédée de la mention "Lu et Approuvé"

Date / /

