

## MANDAT DE PRELÈVEMENT SEPA

*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).

1<sup>ère</sup> Demande

Renouvellement

RIB

Abonnement supplémentaire

### TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Mme  Melle  Mr.

Nom d'usage : .....

Code Postal : .....

Prénom : .....

Ville : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**Compte à débiter :**

**PARTIE RESERVEE : OLEANE MOBILITES :**

Echéance :

IBAN :

Date

**Début : 04/09/2025**

BIC :

d'échéance :

**Fin : 04/06/2026**

Montant de  
l'échéance : **19.00€**

Soit au Total : **190.00€**

### ABONNEMENT

N° Abonné 1 :

N° Abonné 2 :

Carte utilisée :

Carte utilisé :

Nom et prénom :

Nom et prénom :

Montant : **190.00€**

Montant :

### CREANCIER

**Nom et adresse du créancier :**

CTO Compagnie de Transport des Olonnes – 9 Bis Allée Gautier – BP 83425 Olonne Sur Mer – 85341 Les Sables d'Olonne Cédex.

### 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 :                | <input checked="" type="checkbox"/> justificatif de domicile |
| ➤ Changement d'établissement scolaire : | <input checked="" type="checkbox"/> certificat de scolarité  |
| ➤ Perte d'emploi :                      | <input checked="" type="checkbox"/> avis d'arrêt de travail  |
| ➤ Maladie (+ de 2 mois) :               | <input checked="" type="checkbox"/> avis d'arrêt de travail  |
| ➤ Décès :                               | <input checked="" type="checkbox"/> 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.*

*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 reconnaiss avoir pris connaissances des conditions ci-dessus.

*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*

A.....Le...../...../20.....

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