



La **FORMULE ILLIMITÉE**, c'est LA solution idéale pour voyager sans limite sur la totalité du réseau STRAN tout au long de l'année. Votre abonnement se renouvelle par **tacite reconduction** (voir conditions générales de vente)

L'ABONNÉ

Civilité : Mme M.

Nom * _____

Prénom * _____

Né(e) le * _____

Adresse * _____

Code Postal * _____ Ville * _____

Téléphone * _____ Email _____

*Mentions obligatoires

Cadre réservé à la STRAN

N° abonné :

Validité abonnement :

du :

au :

L'ABONNEMENT

CROISIÈRE (personnes retraitées)
2 mois gratuits à la suite
de 10 prélèvements

**23€
50**
PAR MOIS

MULTIPASS (tout public)
2 mois gratuits à la suite
de 10 prélèvements

37€
PAR MOIS

Date de début de validité souhaitée : ___ / ___ / 20___

Si aucune date de début de validité n'est renseignée, votre abonnement débutera 7 jours après la date de réception ou à la suite de votre abonnement en cours
Engagement minimum de 8 mois (voir conditions générales de vente)

LE PAYEUR (remplir si différent de l'abonné)

Civilité : Mme M.

Nom * _____

Prénom * _____

Né(e) le * _____

Adresse * _____

Code Postal * _____ Ville * _____

Téléphone * _____ Email _____

*Mentions obligatoires

LES PIÈCES À JOINDRE

- Une photo d'identité récente avec nom et prénom au dos
- Une photocopie d'un justificatif de domicile de moins de 3 mois.
- Le mandat de prélèvement signé (ci-joint)
- Un RIB/IBAN correspondant au compte à débiter. Le prélèvement sera effectué le 5 du mois.
- Une photocopie de la carte d'identité de l'abonné.
- Abonnement Croisière : notification de retraite à joindre

Les signataires déclarent l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus, ainsi qu'avoir pris connaissance et souscrire entièrement au contenu des conditions générales d'abonnements formule illimitée. Les données recueillies feront l'objet d'un traitement informatique.

L'abonnement doit être envoyé à l'adresse : de l'abonné du payeur

Fait à : _____ le ___ / ___ / 20___

Fait à : _____ le ___ / ___ / 20___

SIGNATURE DE L'ABONNÉ

SIGNATURE DU PAYEUR (si différent de l'abonné)



A retourner avec votre commande accompagné d'un RIB

 ICS : FR50 222 422 418	Mandat de prélèvement SEPA	
<p>En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CARENE OU STRAN à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CARENE OU STRAN</p> <p>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 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.</p>		
Référence unique du mandat		
NOM – PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR NOM Adresse CP Ville	DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER IBAN – BIC –	
TYPE DE PAIEMENT Paiement récurrent / répétitif : <input checked="" type="checkbox"/> Paiement ponctuel : <input type="checkbox"/>		
<p>Fait à SAINT NAZAIRE Signature :</p> <p>Le</p> <p>Note : vos droits concernant le prélèvement sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.</p> <p>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.</p>		

La signature de ce document vaut acceptation des conditions générales de vente disponibles sur www.stran.fr, rubrique titres et tarifs.