www.rtm.fr
04 91 91 92 10

DEMANDE DE MODIFICATION DE COORDONNÉES BANCAIRES SANS CHANGEMENT DE PAYEUR

Nouveau RIB

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 êtes payeur d'un ou plusieurs Pass XL Permanent prélevés mensuellement et renouvelés par tacite reconduction et vous changez de coordonnées bancaires (même nom, même prénom).
Votre dossier doit comporter :

☐ Ce formulaire dûment rempli et signé
☐ Votre nouveau **RIB** ou **RIP** ou **RICE**

Extrait de l'article 7 des conditions générales d'abonnement au Pass XL Permanent

Modifications affectant le Titulaire ou Payeur.
Le client est tenu de faire connaître sans délai auprès d'une agence commerciale de la RTM toute modification susceptible d'affecter les conditions du Pass Permanent telle que, par exemple :
Une modification des coordonnées du compte bancaire sur lequel sont prélevées les mensualités. Dans une telle hypothèse, le Payeur doit veiller à ce que les échéances soient honorées malgré le changement de domiciliation bancaire.
Toute modification est à faire jusqu'au 10 du mois pour une prise en compte au 1er jour du mois suivant.
Conditions générales d'abonnement au Pass XL Permanent sur rtm.fr.

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 (à défaut téléphone fixe) | *E-mail*

☐ *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 (**I**nternational **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 ...../...../.....