

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 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 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 Permanent sur rtm.fr.

### MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

\*A remplir OBLIGATOIREMENT par le débiteur (payeur)

TYPE DE DEMANDE : changement de RIB sans 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 internationale du compte bancaire  
(International Bank Account Number)

**BIC** Code international de votre banque  
(Bank Identifier Code)

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

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 FR47ZZZ40728

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 ..... / ..... / .....