

Attestation Tiers-payeurs

Cette attestation a pour objet de conclure entre le service Pam francilien et le tiers du bénéficiaire, un engagement concernant le paiement des prestations effectuées avec le service Pam francilien. Les parties s'engagent à travers la transmission des informations ci-dessous.

Ce document est à retourner, complété des pièces justificatives suivantes :

- Personne morale : extrait Kbis ou statut le cas échéant,
- Personne physique : pièce d'identité en cours de validité
- Si vous optez pour le prélèvement automatique, le mandat de prélèvement SEPA

1. Informations sur l'utilisateur bénéficiaire :

Nom, Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Demande à ce que sa participation financière pour ses déplacements effectués avec le service Pam francilien soit prise en charge par le tiers ci-dessous :

2. Informations sur le tiers payeur (à remplir par le tiers payeur) :

⇒ *Pour les tiers, personne physique :*

Nom, Prénom : _____

Agissant en qualité de : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Numéro de téléphone : _____

Courriel : _____

⇒ Pour les tiers, personne morale :

Nom, Prénom du représentant de la société : _____

Agissant au nom de la société (Nom commercial): _____

Agissant en qualité de : _____

Adresse du siège social : _____

Numéro de SIRET : _____

Dénomination / raison sociale de l'entreprise : _____

Contact facturation : _____

Adresse où envoyer les factures : _____

N° de téléphone du contact : _____

Adresse mail du contact : _____

Engagements du le tiers payeur (à remplir par le tiers payeur) :

Le tiers s'engage à prendre en charge le règlement du montant des déplacements et des pénalités potentielles du Pam francilien pour le compte de l'utilisateur bénéficiaire :

- Sous un délai de 40 jours après la date d'édition de la facture.
- Les pénalités associées aux trajets sont obligatoirement prises en charge par le tiers.

Cet engagement est valable :

- Sans limite de fréquence et d'adresse
- Uniquement pour certains trajets d'après les modalités suivantes :
 - Vers une adresse spécifique : _____
 - A une fréquence spécifique : _____
 - A une date précise : _____
 - Autres modalités : _____

Le tiers s'engage également à :

- Prendre connaissance du règlement de service disponible sur le site internet : pam.iledefrance-mobilites.fr
- Prévenir le service Pam francilien si l'utilisateur bénéficiaire ne fait plus partie de ses effectifs
- Renouveler cette attestation 3 mois avant son échéance.

Le tiers souhaite-t-il le dépôt des factures sur le portail Chorus Pro :

- Oui
 Non

Si oui, merci de préciser :

Le numéro d'engagement : _____

Le numéro de commande : _____

Le code service : _____

Les engagements de Pam francilien :

Le service Pam francilien s'engage à réaliser, après acceptation des parties, l'ensemble des prestations demandées par le bénéficiaire ainsi que le tiers d'après les modalités ci-dessus et dans le respect du règlement de service disponible sur le site internet : pam.iledefrance-mobilites.fr

Le présent engagement vaut jusqu'à la date du : _____

Cet engagement expirera de plein droit lors de la rupture du contrat du bénéficiaire avec le service Pam francilien.

Fait à _____, le ____/____./____

[Signature du tiers payeur et cachet le cas échéant]

[Signature de l'utilisateur bénéficiaire]

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Merci de renvoyer ce document complété, daté et signé, accompagné de votre RIB à l'adresse ci-dessous

Pam

Un service



Centre de services Pam francilien
TSA 61329
75564 PARIS CEDEX 12
contact@pam.iledefrance-mobilites.fr

INFORMATIONS DÉBITEUR

N° de client : _____

Nom et Prénom* : _____ Numéro RCS* : _____
(ou Dénomination sociale si société)

Adresse* : _____

Code Postal* : _____ Ville* : _____ Pays* : _____

Adresse mail* : _____ N° de téléphone* : _____

IBAN* : _____

BIC* : _____

TYPE DE PAIEMENT : Paiement récurrent/répétitif Paiement ponctuel

*Champs obligatoires

INFORMATIONS CRÉANCIER

KISIO CDS - 24 allée Vivaldi 75012 PARIS

ICS (Identifiant créancier SEPA) : FR46ZZZ89F5BB

*En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez KISIO CDS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de KISIO CDS.
Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous aurez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.*

Fait à : _____, le _____

Signature du débiteur précédée de la mention « lu et approuvé » :

Mention CNIL : 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 le client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 36 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.