

Formulaire de réservation de trajet régulier

Un trajet régulier est un trajet :

- aux mêmes jours et aux mêmes horaires,
- avec le même point de départ et le même point d'arrivée,
- réalisé au moins 1 fois dans le mois (au moins 4 fois par mois),
- pendant 1 mois minimum.

Par exemple : tous les lundis, pendant 1 mois minimum.

Afin de pouvoir réserver des trajets réguliers, vous devez au préalable être inscrit au service.

Êtes-vous déjà inscrit au service Pam ?

Oui Non

Si non, nous vous invitons d'ores et déjà à remplir le formulaire d'inscription au service.

Votre trajet régulier en détail

Tous les champs suivis d'un astérisque (*) sont obligatoires.

Adresse de départ * :

L'adresse doit obligatoirement être une adresse en Île-de-France.

Adresse d'arrivée* :

L'adresse doit obligatoirement être une adresse en Île-de-France.

Si vous avez un ou des passagers additionnels, indiquez s'il s'agit de :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Accompagnateur gratuit valide | <input type="checkbox"/> Accompagnant payant en fauteuil |
| <input type="checkbox"/> Aucun passager | <input type="checkbox"/> Accompagnant payant valide |

Pour connaître les conditions d'ajout de passagers additionnels, consulter la rubrique «L'accompagnement» sur le site Pam, rubrique « Préparer mon trajet ».

Si vous avez un ou des équipements, indiquez s'il s'agit de :

- Réhausseur enfant
- Autre équipement, précisez :

Transport vers un établissement *

Oui Non

Si un tiers prend en charge le paiement de ce trajet, indiquez lequel :

Le tiers qui prend en charge le trajet doit être déjà déclaré sur votre compte.

Type de réservation aller *

Indiquez au choix : soit votre heure de départ souhaitée, soit l'heure d'arrivée. Exemple : 9h30

Un départ à h ou Une arrivée à h

Souhaitez-vous réserver un trajet retour ? *

Oui Non

Type de réservation retour *

Un départ à h ou Une arrivée à h

Période de réservation

Début période de réservation (Date du premier trajet) * :

Exemple : 21/06/2023

Fin prévue ? *

Oui Non Si « Oui », précisez la date de fin de période de réservation :

Exemple : 21/06/2023

Jours concernés * (Sélectionnez un ou plusieurs jours de la semaine)

Lundi Mardi Mercredi Jeudi
 Vendredi Samedi Dimanche

Si le bénéficiaire a entre 10 et 18 ans, n'oubliez pas de joindre la lettre d'autorisation pour le transport de mineur à partir de 10 ans.

Besoin d'aide ou d'informations complémentaires ?

Pour bénéficier d'une assistance pour remplir ce dossier d'inscription ou pour poser une question, vous pouvez contacter le centre de services Pam :

- Par téléphone au 0 800 00 18 18 (service et appel gratuits) du lundi au dimanche de 7h à 20h ;
- Par courrier : Service Pam TSA 61329, 75564 PARIS CEDEX 12

Pour contacter le centre de services Pam francilien

pam.iledefrance-mobilites.fr, rubrique «Contactez-nous» ou contact@pam.iledefrance-mobilites.fr
par téléphone au 0 800 00 18 18 (service et appel gratuits)

ouvert du lundi au dimanche de 7h à 20h

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.