



Abonnement Mensuel Réduit



L'abonné

Civilité : ☐ Mme ☐ M.

Nom * :

Prénom * :

Né(e) le * :

Adresse * :

Code Postal * :

Ville * :

Téléphone * :

Portable * :

E-mail * :

* Mentions obligatoires

Cadre réservé à LILA PRESQU'ÎLE

Date de réception :

N° Abonné :



Trajet habituel

Commune de départ :

Point de montée :

Commune d'arrivée :

Point de montée :

N° de la ligne :



Abonnement mensuel réduit

Date de début de validité :/..... (mois/année)

☐ PASS MENSUEL REDUIT LILA PRESQU'ÎLE

20€/mois



Pièces à joindre

- ☐ Une photo d'identité récente avec nom et prénom au dos.
- ☐ Une photocopie d'un justificatif de domicile de moins de 6 mois
- ☐ Sur présentation de l'attestation annuelle CSS - Complémentaire santé solidaire (ex-CMU-C) sans participation financière

Les signataires déclarent l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus. Les données recueillies feront l'objet d'un traitement informatique.

Fait à : Le/...../20.....

SIGNATURE :