

## DOSSIER D'INSCRIPTION AU SERVICE Pam75

### Transport et accompagnement des Parisiens en situation de handicap

Avez-vous déjà bénéficié du Service Pam75 ? : NON  OUI

Si OUI, indiquez votre N° Pam PASS : .....

#### COORDONNEES DU BENEFICIAIRE

Nom marital (en majuscules) : .....

Nom de naissance (en majuscules) : .....

Prénoms : .....

Date de naissance : ..... Sexe :  Féminin  Masculin

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone Fixe : ..... Portable : .....

Adresse courrier électronique : .....

**Bénéficiez-vous d'une protection judiciaire ?**  Tutelle  Curatelle

Si oui, indiquez les coordonnées de la personne tuteur ou curateur

Nom : .....

Prénom : .....

Eventuellement organisme de gestion : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone Fixe : ..... Portable : .....

Adresse courrier électronique : .....

#### PERSONNE DE REFERENCE

Personne à contacter en cas d'urgence. Signataire de ce dossier pour un bénéficiaire mineur

Tuteur  Curateur  Parents (si mineur)  Autres : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Pour les bénéficiaires mineurs, la date de naissance du représentant légal : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone Fixe : ..... Portable : .....

Adresse courrier électronique : .....

#### CRITERES D'ATTRIBUTION

*(cochez la ou les cases correspondant à votre situation  
et joignez une copie des documents cités)*

- Titulaire d'une carte d'invalidité dont le taux est supérieur ou égal à 80%
- Bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA - GIR 1 à 4)
- Titulaire d'une carte d'invalidité portant la mention « besoin d'accompagnement »
- Titulaire d'une carte de stationnement « handicapé » en cours de validité à Paris

## TYPE(S) DE DIFFICULTES ET CONDITIONS D'ACCES AU VEHICULE

---

*Afin d'adapter au mieux votre prise en charge, merci de nous préciser la (ou les) difficultés que vous rencontrez. :*

- Difficulté motrice
  - Recours à une canne ou à un appareillage
  - Recours à un fauteuil roulant non transférable
  - Recours à un fauteuil roulant pliable, personne pouvant se transférer seule sur un siège de véhicule
  - Recours à un fauteuil roulant électrique
  - Recours à une oxygénothérapie
- Difficulté visuelle
  - légère
  - totale
- Difficulté auditive
  - légère
  - totale
- Difficulté du langage ou de la communication
- Difficulté intellectuelle ou mentale
  - L'utilisateur peut être laissé seul sur le trottoir  Oui  Non
  - L'utilisateur peut utiliser un taxi ou autre sous-traitant non aménagé de rampe  Oui  Non
- Difficulté d'orientation
- Autre difficulté. Précisez : .....

Les équipements doivent être homologués pour le transport comme l'indique la norme ISO 7176-19. Le service Pam75 ne peut transporter les scooters, certains fauteuils roulants électriques et poussettes pour des raisons de sécurité. L'exploitant se dégage de toute responsabilité en cas de détérioration d'un appareil non homologué pour le transport. Pour savoir si votre fauteuil roulant est homologué selon la norme ISO 7176-19 veuillez-vous référer aux fiches techniques de votre fauteuil ou renseignez-vous sur le site internet du constructeur.

**BESOINS EN ACCOMPAGNEMENT****Rappel des prescriptions du règlement régional des services Pam****L'accompagnateur gratuit**

L'utilisateur doit signaler au moment de son inscription s'il a besoin d'être accompagné durant ses déplacements du fait de son handicap ou de son âge. Dans ce cas, le transport de l'accompagnateur est gratuit.

L'accompagnateur doit réaliser un trajet identique à celui de l'utilisateur.

**Le choix de l'accompagnateur incombe à l'utilisateur. Il devra être majeur, valide, apte à l'assister faute de quoi le Service Pam75 pourra refuser la prise en charge.**

La mention « Besoin d'accompagnement » présent sur la carte d'invalidité ou la carte mobilité inclusion permet à l'utilisateur, lors de la réservation, de retirer cet accompagnateur lorsqu'il prévoit de voyager seul.

**Si l'accompagnateur n'est pas retiré lors de la réservation, il devra impérativement être présent lors du transport. Dans le cas contraire, le transport ne pourra pas avoir lieu.**

Après constat de difficultés par le Service Pam75, celui-ci pourra exiger la présence d'un accompagnateur obligatoire pour l'utilisateur.

**Les accompagnants facultatifs, payants**

L'utilisateur peut être accompagné par un ou plusieurs accompagnant(s) facultatif(s) autonome(s) effectuant le même trajet que lui. **Leur présence doit être signalée à la réservation** et validée par le Service Pam75 sous réserve des disponibilités. L'utilisateur devra acquitter le tarif du trajet pour l'accompagnant facultatif accepté. Les pénalités pour annulation tardive, retard ou absence non justifiés s'appliquent dans les mêmes conditions que pour l'utilisateur. Dans le cas où l'utilisateur souhaite être accompagné par plusieurs accompagnants facultatifs, la demande ne peut être faite et validée que dans l'heure avant le transport, selon disponibilités dans le véhicule réservé par le Service Pam75.

**Les chiens guides et d'assistance**

La présence d'un animal tel que chien guide et chien servant d'assistance est autorisée à bord des véhicules. Leur présence doit être signalée lors de la réservation.

**Compte-tenu des éléments ci-dessus, merci de nous préciser vos besoins en accompagnement :**

- **J'ai besoin d'être accompagné(e) à chaque transport et ma carte Invalidité ou Carte Mobilité Inclusion ne comporte pas la mention « Besoin d'accompagnement ».**
    - Merci de nous retourner le certificat médical, présent en annexe, complété par un médecin
    - En l'absence de l'accompagnateur, le transport n'aura pas lieu
  
  - **J'ai besoin d'être accompagné(e) sur tout ou partie de mes déplacements et ma carte Invalidité ou Carte Mobilité Inclusion comporte la mention « Besoin d'accompagnement »**
    - Je prends note que mon accompagnateur sera programmé à chacune de mes réservations et je m'engage à en demander la suppression quand nécessaire, lors de la réservation.
    - Si l'accompagnateur est mentionné dans la réservation mais absent le jour du transport, le trajet n'aura pas lieu.
    - Pour bénéficier de cet accompagnement gratuit, merci de joindre une photocopie de votre carte avec la mention « besoin d'accompagnement » visible.
  
  - **Je suis autonome et n'ai pas besoin de l'aide d'un tiers durant mes déplacements.**
    - Si l'un de vos proches souhaite se joindre à vous durant un trajet, son transport vous sera facturé.
-

## PAIEMENT PAR PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

Une participation financière aux transports est laissée à la charge de l'utilisateur. Afin de la régler, le prélèvement automatique est le moyen le plus simple<sup>1</sup>.

### LE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE (PAIEMENT DIFFERE)

#### Pratique

Une seule et unique action de votre part : joindre la **demande d'autorisation de prélèvement complétée** (annexe 3) ainsi qu'**un RIB** à ce dossier.

#### Facile

Chaque mois, un prélèvement est automatiquement réalisé sur votre compte. Il correspond aux courses effectuées le mois passé.

#### Rassurant

Vous recevrez avant votre prélèvement votre facture détaillant vos transports et indiquant la date de paiement.

Si votre demande de bénéficier du paiement différé est acceptée par le Service Comptable Pam75, vous recevrez la première quinzaine de chaque mois, une facture avec vos déplacements et éventuellement les pénalités de la période. Un prélèvement automatique sera effectué sur votre compte au début du mois suivant par le Service Comptable Pam75.

Votre facture devra être réglée dans un délai de 40 jours. Au-delà de la date d'échéance, les factures impayées vous seront réclamées par le Trésor Public. En cas de rejet de votre prélèvement, merci de faire le nécessaire pour effectuer votre paiement dans les délais impartis.

Vos paiements seront encaissés directement au nom du Keolis Mobilité Paris – Pam75.

**Pour bénéficier du prélèvement automatique, merci de cocher la case ci-dessous et de joindre les pièces demandées à votre dossier d'inscription :**

**Je souhaite régler mes factures Pam75 par prélèvement automatique.**

Pièces à joindre :

- La demande d'autorisation de prélèvement complétée (annexe 3)
- Un RIB

<sup>1</sup> D'autres solutions de paiement sont disponibles pour régler vos transports :

- Par chèque ou en espèces à l'Accueil du Service Pam75 situé au 48, rue Gabriel Lamé 75012 Paris – horaires d'ouverture du service comptable Pam75 : du lundi au vendredi de 9h00 à 12h00 et de 13h00 à 17h00.

**PAM75 VOUS INFORME EN TEMPS RÉEL**

Pour votre confort Pam75 a mis en place un système d'information pour vous accompagner au quotidien.

- Après chaque réservation faite par téléphone, en agence ou par mail, vous recevrez par mail la confirmation de vos trajets.
- En cas d'annulation de vos transports, vous recevrez un mail de confirmation.
- Si votre véhicule subit un retard, vous en serez informé(e) par un 1<sup>er</sup> SMS. Vous recevrez un 2<sup>nd</sup> SMS lorsqu'il sera à l'approche.
- **Pour ceux ou celles bénéficiant de transports occasionnels** : si vous réservez plusieurs jours à l'avance, vous recevrez un rappel de votre transport par mail 2 jours avant.

**Si les modes de réception proposés ci-dessus ne vous conviennent pas, merci de nous indiquer ci-dessous vos préférences en les cochant ou en les surlignant :**

**-Confirmation des réservations, annulations et rappel à 48h :**

uniquement par mail **OU**  uniquement par SMS

**-Information concernant le retard du véhicule et son approche après retard :**

uniquement par mail **OU**  uniquement par SMS **OU**  uniquement par message vocal sur portable ou fixe

Si vous souhaitez qu'**un autre destinataire** reçoive systématiquement ces informations à  votre place, merci de renseigner les informations dans la partie rose.

**Autre destinataire**

Noms et prénoms du destinataire des SMS et mails :

.....

Numéro de téléphone portable du destinataire :

.....

Numéro de téléphone fixe du destinataire :

.....

Adresse mail du destinataire :

.....

« Ces informations ne pourront être cédées à des tiers et ne seront utilisées que dans le cadre du service Pam75. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous pouvez en demander la communication, la rectification ou la suppression des données vous concernant en vous adressant au service Pam75 – tél. : 01 70 23 27 32 ou 0 810 0810 75 (prix d'un appel local depuis un fixe) – 48, rue Gabriel Lamé 75012 PARIS. »

**PRISE EN CHARGE DE CERTAINS DE VOS DEPLACEMENTS PAR UN TIERS**

Dans le cas où vos transports peuvent être pris en charge par un organisme tiers (employeur, association, Préfecture, aide sociale,...), merci d'indiquer :

Nom de l'organisme : .....

Personne à contacter : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

**Tous vos transports doivent être réservés sur votre compte client, quel que soit le payeur.**

Lors des réservations, par défaut, un payeur sera associé à vos transports. Celui-ci est défini au moment de l'inscription. (cf. ci-dessous)

Si un transport doit être pris en charge par un autre payeur que celui défini par défaut, vous n'aurez qu'à le préciser lors de la réservation.

Sur le site Internet, vos réservations seront automatiquement associées au payeur par défaut.

**Choix du payeur par défaut :**

- Par défaut, je souhaite être le payeur de mes transports.
- Par défaut, je souhaite que mes transports soient pris en charge par mon tiers.

Merci de remplir les formulaires correspondants (annexes 4 et 4bis). Pam75 adressera à cet organisme votre dossier de prise en charge de vos frais de transport.

**Les conditions d'utilisation du service Pam75**

En vous inscrivant au service Pam75, vous acceptez les conditions d'utilisation du service qui sont répertoriées dans le règlement d'exploitation (si vous n'avez pas reçu ce document, l'Accueil du Service Pam75 vous le fera parvenir sur simple demande).

### INFORMATIQUE ET LIBERTE

Je déclare accepter que les informations me concernant communiquées au Service Pam75 fassent l'objet d'un traitement interne, sachant que je pourrai à tout moment avoir accès à ces informations, et demander la modification, la rectification ou la suppression de celles-ci, en application de la Loi Informatique et Libertés, auprès du Département de Paris, Service des Déplacements, 40, rue du Louvre, 75001 PARIS

Fait à ....., le .....

par le bénéficiaire

Nom.....Prénom.....

Adresse.....

Code postal : ..... Ville : .....

par le tuteur       par le curateur       par le parent       autre (préciser) : .....

Nom.....Prénom.....

Adresse.....

Code postal : ..... Ville : .....

Signature :



**COMPOSITION DU DOSSIER  
LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES A JOINDRE**

**Veillez joindre les justificatifs** suivants à votre dossier et envoyer le tout à :

**L'Accueil du Service Pam75  
48 rue Gabriel Lamé  
75012 PARIS**

**Dans tous les cas :**

1. votre dossier complètement rempli et signé
2. un justificatif de domicile de moins de trois mois (si vous résidez chez une tierce personne ou dans une institution, veuillez joindre une attestation d'hébergement, un justificatif de domicile ainsi qu'une pièce d'identité de la personne vous hébergeant) : quittance de loyer, GDF, facture de téléphone fixe.
3. une photocopie (recto-verso) de votre carte d'invalidité ou de la notification de votre carte APA ou de votre carte de stationnement « handicapé » en cours de validité.
4. une photocopie de votre pièce d'identité (carte d'identité, titres de séjour, passeport...) en recto-verso.

**Si vous avez besoin de voyager avec un accompagnateur obligatoire :**

5. une photocopie de votre carte d'invalidité portant la mention « besoin d'accompagnement » ou une attestation médicale justifiant d'une obligation d'accompagnement

**Si vous effectuez des transports réguliers :**

6. la demande de transports réguliers dûment complétée (Annexe 2)

**Si vous optez pour le prélèvement automatique :**

7. un relevé d'identité bancaire ou postale (RIB)
8. la demande d'autorisation de prélèvement (Annexe 3)

**Si le paiement est effectué par un ou plusieurs tiers :**

9. les annexes 4 et éventuellement 4bis complétées

**Important :**

- Une fois expirées, il est nécessaire de nous renvoyer les nouvelles cartes de stationnement délivrées par la Préfecture/MDPH, cartes d'invalidité, notification APA et titre de séjour. Sans cela, les transports ne pourront pas être acceptés.
- En l'absence d'une pièce d'identité (carte d'identité, passeport...) pour un enfant, une copie de l'extrait de livret de famille sera exigée.
- Les attestations d'assurance, avis d'imposition et l'attestation de la sécurité sociale ne sont pas acceptés en tant que justificatif de domicile.

Nous vous remercions de ne pas découper autour des pièces à joindre au dossier.

**Si vous rencontrez des difficultés pour remplir le dossier,  
le service Pam75 se tient à votre disposition :**

**0 810 0810 75 ou 01 70 23 27 32**

[pam75@keolis.com](mailto:pam75@keolis.com)

**Inscription PAM 75 - Annexe 1 : CERTIFICAT MEDICAL  
relatif aux conditions d'utilisation et d'accompagnement pour Pam 75**

(Questionnaire à renseigner par le médecin de votre choix et joindre au dossier)

**COORDONNEES DU DEMANDEUR**

Nom marital (en majuscules) : .....

Nom de naissance (en majuscules) : .....

Prénoms : .....

Date de naissance : ..... Sexe :  Féminin  Masculin

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

**RÉDUCTION IMPORTANTE DE LA CAPACITÉ ET DE L'AUTONOMIE DE  
DÉPLACEMENT A PIED QUELQUE SOIT LE HANDICAP**

(Atteintes des fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques,  
polyhandicap ou trouble de santé invalidant).

1. Périmètre de marche inférieur ou égal à 200 mètres  Oui  Non  
Précisez :

2. Recours à une aide humaine  Oui  Non

3. Recours à une canne ou un appareillage  Oui  Non

4. Recours à un fauteuil roulant pour les déplacements extérieurs  Oui  Non

5. Recours à une oxygénothérapie pour les déplacements extérieurs  Oui  Non

**ACCOMPAGNEMENT PAR UNE TIERCE PERSONNE POUR TOUS LES  
DÉPLACEMENTS**

(Altération d'une fonction mentale, cognitive ou psychique, sensorielle nécessitant une  
surveillance régulière ou permanente du fait de risques de mise en danger de la personne âgée ou  
handicapée)

Accompagnement par tierce personne obligatoire  Oui  Non

**ÉVOLUTIVITÉ**

Etat  Evolutif  Stationnaire

Si état évolutif : durée du handicap prévisible  Inférieure à un an  Supérieure à un an

**COORDONNÉES DU MÉDECIN**

Le présent certificat a été établi par le Docteur :

Nom du médecin : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Cachet :

date : SIGNATURE

## La mobilité pour tous

### Inscription PAM 75 - Annexe 2 : DEMANDE DE TRANSPORTS REGULIERS (faire une demande par itinéraire)

Je soussigné (e) (nom, prénom).....

demeurant (adresse complète) : .....

Code postal ..... Ville .....

demande à bénéficier du dispositif de « transport régulier » pour le motif suivant :

Travail     Santé     Démarches personnelles     Loisirs

Adresse 1 : Nom du lieu (ex. CAJ, entreprise, ESAT, IME...).....

Numéro et voie : .....

Code postal ..... Ville .....

Adresse 2 : Nom du lieu (ex. CAJ, entreprise, ESAT, IME...).....

Numéro et voie : .....

Code postal ..... Ville .....

	Cochez l'adresse à laquelle Pam75 doit vous prendre en charge.		Choisissez vos horaires Heure d'arrivée à l'aller Heure de départ au retour	Horaires de votre activité (exemple : horaires d'ouverture du centre)
<b>Lundi</b>	Aller	<input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2	Heure d'arrivée souhaitée :	Début :
	Retour	<input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2	Heure de départ souhaitée :	Fin :
<b>Mardi</b>	Aller	<input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2	Heure d'arrivée souhaitée :	Début :
	Retour	<input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2	Heure de départ souhaitée :	Fin :
<b>Mercredi</b>	Aller	<input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2	Heure d'arrivée souhaitée :	Début :
	Retour	<input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2	Heure de départ souhaitée :	Fin :
<b>Jeudi</b>	Aller	<input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2	Heure d'arrivée souhaitée :	Début :
	Retour	<input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2	Heure de départ souhaitée :	Fin :
<b>Vendredi</b>	Aller	<input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2	Heure d'arrivée souhaitée :	Début :
	Retour	<input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2	Heure de départ souhaitée :	Fin :
<b>Samedi</b>	Aller	<input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2	Heure d'arrivée souhaitée :	Début :
	Retour	<input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2	Heure de départ souhaitée :	Fin :
<b>Dimanche</b>	Aller	<input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2	Heure d'arrivée souhaitée :	Début :
	Retour	<input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2	Heure de départ souhaitée :	Fin :

Nous vous rappelons que lors de vos réservations, seul un horaire peut être demandé : soit l'heure de départ, soit l'heure d'arrivée. Afin de favoriser la ponctualité de vos transports, si l'heure d'arrivée est pour vous prioritaire, nous vous conseillons d'inscrire celle-ci lors de votre demande et de ne pas calculer vous-même l'heure de départ.

Date de début des transports réguliers souhaitée :    /    / 20

**En cas d'interruption (exemple : vacances), merci de prévenir le service des transports réguliers au minimum 15 jours à l'avance.**

- Par mail : [contactpam75@keolis.com](mailto:contactpam75@keolis.com) ou par courrier : Pam 75 - 48 rue Gabriel Lamé 75012 Paris. Encadré à remplir obligatoirement dans le cas d'une demande de transports réguliers concernant votre travail ou votre santé.

#### ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR / ORGANISME MEDICAL

Je soussigné (e) (nom, prénom, qualité)

représentant la société / l'organisme : .....

siège social : .....

adresse de correspondance (adresse complète): .....

atteste que le déplacement demandé doit être effectué suivant le rythme indiqué pour les raisons suivantes : .....

Cachet :

date :

## La mobilité pour tous

### Inscription PAM 75 - Annexe 3 :

## AUTORISATION DE PRELEVEMENT (sur un compte personnel)

Vous avez demandé à adhérer au paiement par prélèvement pour régler vos déplacements avec Pam 75 et je vous en remercie.

Afin de nous permettre d'effectuer les prélèvements sur votre compte bancaire, **je vous invite à signer et à adresser l'autorisation de prélèvement jointe à l'Accueil du Service Pam 75**. Nous le transmettrons à votre banque dans les meilleurs délais.

**Accueil du Service Pam 75 : 48 rue Gabriel Lamé, 75 012 Paris**

Vous recevrez au cours du mois prochain un courrier précisant la date d'application et confirmant le mode de calcul du montant des prélèvements qui seront effectués chaque mois, conformément au choix que vous avez fait.

Pour vous accompagner dans la gestion de votre compte, un guide pratique est disponible auprès de l'Accueil Pam 75 ou sur Internet [www.pam-info.fr](http://www.pam-info.fr)

Je me tiens à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de ma considération distinguée.

La responsable du service comptable Pam 75

---

### AUTORISATION DE PRELEVEMENT

Je soussigné, (nom, prénom) \_\_\_\_\_  
autorise l'établissement (nom et adresse de votre agence bancaire)

teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si sa situation le permet, les prélèvements relatifs aux sommes dues au Service Comptable Pam 75 pour l'utilisation du Service de transport Pam 75. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrais en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerais le différend directement avec le service comptable Pam 75.

N° ICS : FR32ZZZ867C34

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
-----	Keolis Mobilité Paris 5 rue Corbineau 75012 Paris

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER				DESIGNATION, NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE
Etablissement	Guichet	N° du compte	Clé RIB	
				-----
				-----
				-----

**JOINDRE IMPERATIVEMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE COMPLET (RIB, BIC et IBAN)**

Fait à \_\_\_\_\_, le (Signature)

Accueil du service Pam 75 : 48 rue Gabriel Lamé – 75012 Paris

**Inscription PAM 75 - Annexe 4 : PRISE EN CHARGE PAR UN TIERS DE DEPLACEMENTS D'UN USAGER**  
*(à remplir par le demandeur)*

Cette annexe a pour objet de conclure entre Pam 75 et par le tiers du demandeur un engagement concernant le coût financier des prestations effectuées avec le Service Pam 75.

Les engagements de Pam 75

Le Service Pam 75 s'engage à réaliser l'ensemble des prestations demandés par le demandeur ainsi que le tiers pour des transports qui peuvent avoir divers motifs :

Travail  Centre  Santé  Loisirs  Démarches personnelles  Tous

Les engagements du demandeur et du tiers payeur

A la suite à cet engagement, le demandeur et le tiers s'engage à prendre en charge le règlement du montant des participations de Pam 75 (transports et pénalités) pour le bénéficiaire et les motifs de déplacements désignés précédemment.

De plus, le tiers payant s'engage à régler ce montant demandé par le Service Pam 75 sous un délai de 40 jours à l'envoi des factures mensuelles au nom du service comptable Pam 75 sur le compte régisseur Pam 75.

Enfin, le tiers payant s'engage à prévenir le service Pam 75 si le bénéficiaire ne fait plus partie de ses effectifs.

Cet engagement entre en vigueur et expirera de plein droit lors de la rupture du contrat du demandeur chez Pam 75.

A l'intitulé des différents engagements de Pam 75, du demandeur et tiers payant, les parties s'engagent à travers la transmission des informations ci-dessous.

Informations sur les parties

A remplir par le tiers prenant en charge le bénéficiaire

Le soussigné(e) (Nom, Prénom) \_\_\_\_\_

Agissant en qualité de \_\_\_\_\_

Demeurant \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

OU

Le soussigné(e) (Nom, Prénom) \_\_\_\_\_  
Agissant au nom de la société \_\_\_\_\_  
dont le siège social est situé \_\_\_\_\_  
Numéro SIRET \_\_\_\_\_  
Référence de l'engagement/commande \_\_\_\_\_  
Contact facturation \_\_\_\_\_  
Adresse de facturation \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

Le tiers payant s'engage à prendre en charge :

- l'ensemble des trajets et pénalités\* du bénéficiaire sans limites de fréquence ni d'adresse.
- uniquement certains trajets d'après les modalités suivantes à décrire par le tiers :

Si vous optez pour le prélèvement automatique, merci de remplir l'annexe 4 bis. Ce présent engagement peut être dénoncé à tout moment par lettre recommandée RAR avec un préavis de deux mois, ou sans délai à compter de la date d'application d'un arrêté départemental modifiant les conditions d'accès ou les tarifs applicables aux bénéficiaires du Service Pam75.

Le Tiers Payeur souhaite la dématérialisation des factures via la plateforme Chorus Pro, merci de renseigner les données suivantes :

Numéro de service \_\_\_\_\_ Numéro d'engagement \_\_\_\_\_

**Le présent engagement vaut jusqu'à la date du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.**

Il peut être dénoncé à tout moment par lettre recommandée RAR avec un préavis de deux mois, ou sans délai à compter de la date d'application d'un arrêté départemental modifiant les conditions d'accès ou les tarifs applicables aux usagers du Service Pam 75.

Fait à :

Le :

Cachet :

Signature :

\*Les pénalités mentionnées à ces trajets sont obligatoirement prises en charge par le transport

## La mobilité pour tous

### Inscription PAM 75 - Annexe 4bis : PRISE EN CHARGE PAR UN TIERS DE DEPLACEMENTS D'UN USAGER

#### AUTORISATION DE PRELEVEMENT

Je soussigné, (nom, prénom) \_\_\_\_\_

agissant en qualité de \_\_\_\_\_

au nom de : \_\_\_\_\_

SIRET : \_\_\_\_\_

Siège social : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Référence de l'engagement \_\_\_\_\_ de la commande \_\_\_\_\_

autorise l'établissement (nom et adresse de l'agence bancaire)

teneur du compte à effectuer sur ce dernier, si sa situation le permet, les prélèvements relatifs aux sommes dues au Service Comptable Pam 75 pour l'utilisation du Service de transport Pam 75. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrais en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le service comptable Pam 75).

N° ICS : FR32ZZZ867C34

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
	<p>KEOLIS MOBILITE PARIS 5 rue Corbineau 75 012 Paris</p>

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER				DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE
Etablissement	Guichet	N° du compte	Clé RIB	

**JOINDRE IMPERATIVEMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE COMPLET (RIB, BIC et IBAN)**

Le présent engagement vaut jusqu'à la date du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Il peut être dénoncé à tout moment par lettre recommandée RAR avec un préavis de deux mois, ou sans délai à compter de la date d'application d'un arrêté départemental modifiant les conditions d'accès ou les tarifs applicables aux usagers du Service Pam 75.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

(Signature et cachet)

Accueil du service Pam 75 : 48 rue Gabriel Lamé - 75012 Paris