TARIFICATION ANNUELLE PDE D'HERAULT TRANSPORT ATTESTATION EMPLOYEUR

A remettre à la Régie de Recettes d'Hérault transport
pour retrait de l'abonnement annuel

148 Avenue du Professeur Viala – Parc Euromedecine II – CS 34303 - 34193 Montpellier Cedex 5 –
Accès tramway L1 station Malbosc ou Euromedecine – Tel : 04.34.888.999
courriel : regie@herault-transport.fr
Horaires d'ouverture : du lundi au vendredi de 8h30 à 12h30 et de 13h15 à 17h

Cadre à remplir par le salarié
Nom .....
Prénom .....
Adresse :.....
.....
.....
e-mail : ..... Téléphone :.....

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales d'utilisation de l'abonnement annuel Tarif PDE d'Hérault Transport au 01/01/2018 432 €/an ou 10 x 43,20 €

Date :…..…/……/…… Signature :

Cadre à remplir par l'entreprise/collectivité **ATTESTATION ANNUELLE**
L'entreprise/collectivité .....atteste que le salarié
Nom et prénom du salarié : .....
Référence RH : .....
est employé en CDI ou en CDD de 12 mois ou plus dans l'entreprise.....
et à ce titre peut bénéficier du tarif abonnement annuel – PDE d'Hérault Transport

Le présent certificat est remis à l'intéressé pour servir et valoir ce que de droit
Fait à .....

Le ……./……/…… Cachet de l'entreprise :

Cadre réservé à Hérault Transport :
Numéro d'abonnement Annuel PDE.....
Délivré le : .....

Règlement Régie SMTCH : par prélèvement ☐ Au comptant ☐