



Domibus

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Ce formulaire doit être complété pour toute demande d'inscription au service **Domibus**.

Merci de nous envoyer ce formulaire ainsi que les pièces justificatives à l'adresse suivante :
Domibus - 97 rue de la Mertzau - BP 3148 - 68063 Mulhouse Cedex

**Pour toute demande d'information, n'hésitez pas à contacter nos conseillers
au 03 89 66 77 66 ou par mail : contact@domibus.fr**

La société **Mulhouse Mobilité** s'engage, dans le cadre de ses activités et conformément à la législation en vigueur en France et en Europe, à assurer la protection, la confidentialité et la sécurité des données à caractère personnel des utilisateurs de ses services, ainsi qu'à respecter leur vie privée. Les informations recueillies dans ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique par la société **Mulhouse Mobilité** destiné à vous permettre l'accès au service Domibus (Ces données pourront être également utilisées à des fins statistiques). La société **Mulhouse Mobilité** s'engage à n'opérer aucune commercialisation des informations et documents transmis par l'utilisateur, et à ne pas les communiquer à des tiers, en dehors des cas prévus par la loi. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement de celles-ci ou une limitation du traitement. Toute demande d'exercice de vos droits doit être accompagnée de la photocopie d'un justificatif d'identité et adressée à Domibus, 97 rue de la Mertzau - BP 3148 - 68063 Mulhouse Cedex.

Mulhouse
Mobilités


MULHOUSE ALSACE
AGGLOMÉRATION



COORDONNÉES DU DEMANDEUR

Nom

Prénom

Date de naissance/...../..... Majeur(e) Mineur(e)

Adresse

Code Postal Ville

Téléphone Portable

Adresse mail

COORDONNÉES DU TUTEUR

Nom

Prénom

Date de naissance/...../.....

Adresse

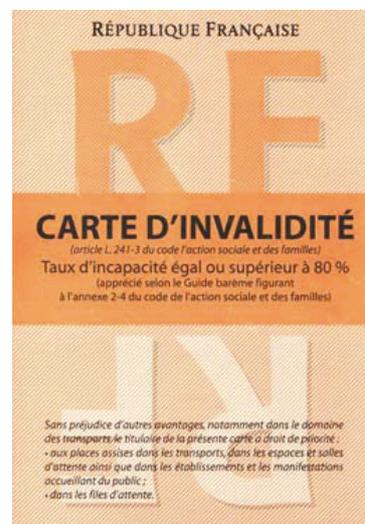
Code Postal Ville

Téléphone Portable

Adresse mail

Joindre impérativement une photocopie de la carte d'invalidité (recto-verso), une copie de l'attestation GIR 1 à 3 (si concerné) et un RIB (si vous souhaitez payer par prélèvement automatique)

NB : tout dossier incomplet ne pourra être traité





SITUATION (cochez les cases correspondantes)



Fauteuil

Fauteuil électrique

Fauteuil standard



Auditif



Cognitif



Visuel



Mobilité réduite

Personne âgée reconnue GIR 1 à 3

Canne

Béquille

Déambulateur

Rollateur

Station debout pénible

Autre

Précisez :

.....

Fait à, le

Signature