



MAGIC PASS

Participation communale

Titulaire de l'abonnement

Nom : | |
Prénom (s) : | |
Date (s) de naissance : | |

Coordonnées de remboursement

Titulaire du compte :
Adresse :
Localité :
N° téléphone : Mail :

Banque ou CCP :

IBAN : CH

Date : Signature :

**À joindre obligatoirement le justificatif d'achat de l'abonnement
ou une copie de l'abonnement**

**À retourner à l'Administration communale de Chalais
avant la fin de l'année civile en cours**

Remboursement assuré dans les 60 jours dès réception du formulaire