



ATTESTATION DE BENEFICIAIRE A LA TARIFICATION SOLIDAIRE

Présentation à l'agence commerciale Art'is valable 1 mois à compter de la date de délivrance du document

Le CCAS de la commune de _____

Atteste que _____

Domicilié _____

Peut bénéficier de la tarification solidaire Art'is à compter du ____/____/____

Cachet Mairie /CCAS

Fait le ____/____/____

Nom et signature du représentant de
la tarification solidaire

A remplir par le bénéficiaire

Je soussigné(e) _____

accepte qu'Art'is Keolis Arras détienne mes données communiquées ci-dessus. Celles-ci ne seront pas communiquées à des tiers et seront gardées 12 mois sur des serveurs sécurisés.

Pour toute question, vous pouvez vous rapprocher du Data Protection
Officer (DPO) Art'is : dpo.artis@keolis.com

Fait à _____

Le _____

Signature