



## 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](mailto: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