

Fiche d'inscription

Transport réservé aux personnels des établissements de santé

Nom :

Prénom :

Fonction :

Employeur :

Tel :

Adresse mail :

Trajet demandé :

- Adresse ou point d'arrêt de départ :

Commune :

- Adresse ou point d'arrêt d'arrivée :

Commune :

Date du trajet : / /

Pour les trajets récurrents, précisez les jours concernés :

Pour la semaine du : Au

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

Horaire souhaité :

Heure de départ souhaitée : **ou** Heure d'arrivée souhaitée :

Besoin du trajet retour ? Rayez la mention inutile NON OUI

Heure de départ souhaitée (trajet retour) :

Pour les trajets récurrents, précisez les jours concernés :

Pour la semaine du : Au

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

Attribution	Secteurs
	Zone Aix/Kéolis
	Zone PAM/Citiway
	Zone Salon/Kéolis Libébus
	Zone Aubagne/Faconéo
	Zone Vitrolles/Bus de l'Etang
	Zone Istres/Transdev
	Zone Martigues/RTMOM
	Zone La Ciotat/RTM
	Zone Marseille/RTM
	Zone Côte bleue/RTM
	Interurbain/RDT