

Antrag für den Abschluss eines Deutschlandticket-Abonnements

Herr* Frau* *Zutreffendes bitte ankreuzen

Name: Vorname:

Straße: Hausnummer:

PLZ: Ort:

Geburtsdatum:

Telefon: Email:

ggf. gesetzlicher Vertreter:

Herr* Frau* *Zutreffendes bitte ankreuzen

Name: Vorname:

Straße: Hausnummer:

PLZ: Ort:

Geburtsdatum:

Telefon: Email:

Die Tarifbestimmungen sind unter https://deutschlandtarifverbund.de/wp-content/uploads/2023/05/20230505_TB-D-Ticket_Geltungsbereich.pdf einsehbar.

Das Abo soll ab Monat beginnen. Gewünschte Zustellung bitte ankreuzen:

- Postversand per Einschreiben
- Abholung im Kundencenter Kyritz
- Abholung im Kundencenter Pritzwalk

Für verlorengegangene Fahrscheine -auch auf dem Postweg- erfolgt durch die Hanseatische Eisenbahn GmbH keine Haftung. Für das Ausstellen einer Ersatzkarte wird eine Bearbeitungsgebühr von 10,00€ erhoben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers bzw. gesetzl. Vertreters

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/for SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

*Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments*

| |
|----------------------------------------------------------|
| Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) |
| Mandatsreferenz |

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) ,

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

| | |
|------------------------------|------------------|
| Kontoinhaber (Vorname, Name) | |
| Straße, Hausnummer | |
| PLZ, Ort | |
| Kreditinstitut | BIC ¹ |
| IBAN D E | |
| Ort, Datum | Unterschrift(en) |

1 Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.



SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/for SEPA Core Direct Debit Scheme

*Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments*

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

| |
|----------------------------------------------------------|
| Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) |
| Mandatsreferenz |

SEPA-Lastschriftmandat

[Name des Zahlungsempfängers]

Ich/Wir ermächtige(n)

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN

D E

Ort, Datum

Unterschrift(en)

¹ Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.