

# 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://www.deutschlandtarifverbund.de/wp-content/uploads/2025/11/20251117\\_TB-DTX\\_V12\\_final.pdf](https://www.deutschlandtarifverbund.de/wp-content/uploads/2025/11/20251117_TB-DTX_V12_final.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

*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

BIC<sup>1</sup>

IBAN

D E

Ort, Datum

Unterschrift(en)



<sup>1</sup> 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

BIC<sup>1</sup>

IBAN

D E

Ort, Datum

Unterschrift(en)

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