

Abo-Antrag Änderung

Bitte den Antrag in Druckschrift ausfüllen und bei **X** unterschreiben.

BEARBEITUNG DURCH DAS VERKEHRSUNTERNEHMEN

Gläubigeridentifikationsnr.:

Posteingang:

Datum

Bearbeiter*in

Abo-Vertragsnummer/Mandatsreferenz

Chipkartennummer

STEMPEL

Bei den Angaben unter den Punkten 1.1 und 1.2 (wenn die/der Abonnent*in unter 18 Jahre ist) handelt es sich um Pflichtangaben, wenn nichts anderes geregelt ist.

1.1 ABONNENT*IN

Die/der Abonnent*in ist Karteninhaber*in.

☐

Frau

☐

Herr

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort, Ortsteil

Telefon ¹

E-Mail

1.2 SORGEBERECHTIGTE PERSON

☐

Frau

☐

Herr

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort, Ortsteil

Telefon ¹

E-Mail

1: für Rückfragen zum Vertrag bitte ausfüllen, freiwillige Angabe

2: bitte eine Kopie des Personalausweises beifügen

2.1 ABO-PRODUKT

☐

ABO Senior ²

☐

ABO Senior Partner ²

☐

ABO Aktiv ²

2.2 RÄUMLICHE NUTZUNG

Tarifzone Wohnort
ABO Senior

Tarifzone Wohnort ABO Senior Partner

☐

Stadtverkehr
(ABO Aktiv)

Ort

3. ÄNDERUNGSBEGINN

Ich wünsche eine
Änderung ab

Monat

Jahr

Um eine rechtzeitige Bearbeitung zu gewährleisten, geben Sie den Antrag bitte **bis zum 10. des Vormonats** bei Ihrer **Vertragspartei** (siehe Punkt 4) ab.

3.1 UNTERBRECHUNG

Ich wünsche eine
Unterbrechung ab

Monat

Jahr

bis

Monat

Jahr

Unterbrechungs-
grund:

☐

Kuraufenthalt

☐

Schwere
Krankheit

☐

vorrübergeh. dienstl.
Umsetzung

4. VERTRAGSPARTEI

Für dieses Abo wähle ich folgende Vertragspartei (Verkehrsunternehmen).

Bitte den Antrag direkt an das Verkehrsunternehmen senden.

☐

Abellio Rail Mitteldeutschland GmbH

Postfach 1116 | 04417 Markranstädt

Tel.: 0800 223 5546 (kostenfrei) | info@abellio-mitteldeutschland.de

☐

DB Vertrieb GmbH

Postfach 800329 | 21003 Hamburg

Tel.: 0341 2464378383 | abo-mdv@bahn.de

☐

Hallesche Verkehrs-AG (HAVAG)

Freimfelder Straße 74 | 06112 Halle (Saale)

Tel.: 0345 5815666 | havag.abo@havag.com

☐

Leipziger Verkehrsbetriebe (LVB) GmbH

Georgiring 3 | 04103 Leipzig

Tel.: 0341 19449 | verkehrsbetriebe@l.de

☐

Nordsachsen Mobil GmbH

Dresdener Str. 54 | 04758 Oschatz

Tel.: 03435 90600 | info@nordsachsen-mobil.de

☐

OBS Omnibusbetrieb Saalekreis GmbH

Kaolinstraße 12 | 06126 Halle (Saale)

Tel.: 0345 5552210 | info@obs-bus.de

☐

Personennahverkehrsgesellschaft Merseburg-Querfurt mbH (PNVG)

Abbe-Straße 72 | 06217 Merseburg

Tel.: 03461 2899410 | info-merseburg@pnvg.de

☐

Personenverkehrsgesellschaft Burgenlandkreis mbH (PVG)

Selauer Straße 28 | 06667 Weißenfels

Tel.: 03443 460719 | info@pvg-burgenlandkreis.de

☐

Regionalbus Leipzig GmbH

Leipziger Straße 79 | 04828 Deuben

Tel.: 03425 898989 | abo@regionalbusleipzig.de

☐

Regionalverkehre Start Deutschland GmbH

Augustastr. 1 | 06108 Halle (Saale)

Tel.: 0345 22658550 | kontakt.smd@start-md.de

☐

THÜSAC Personennahverkehrsgesellschaft mbH

Industriestraße 4 | 04603 Windischleuba

Tel.: 03447 850613 | info@thuesac.de

5. SEPA-BASIS-LASTSCHRIFTMANDAT FÜR WIEDERKEHRENDE ZAHLUNGEN

Ich/wir ermächtige/n das Verkehrsunternehmen/bei DB Vertriebsdienstleister DB Vertrieb (Name siehe oben), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die mit der oben genannten Gläubiger-ID gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich/wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich/wir versichere/n mit meiner/unserer Unterschrift, dass das oben genannte Verkehrsunternehmen mir/uns gegenüber keine offenen Forderungen hat.

Angaben der kontoinhabenden Person (Bitte vollständig ausfüllen)

☐

Frau

☐

Herr

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Bankverbindung

IBAN

BIC

Der Betrag wird monatlich jeweils am 1. des laufenden Monats vom angegebenen Konto abgebucht.

6. UNTERSCHRIFT

Mit meiner/unserer Unterschrift erkenne ich / erkennen wir die Allgemeinen Geschäftsbedingungen sowie die einheitlichen Beförderungsbedingungen des MDV, VMS, VVO, VVV und ZVON und die Tarifbestimmungen der oben gewählten Vertragspartei an, einsehbar unter mdv.de/abo-agb. Ich/wir erkläre/erkläre mich/uns einverstanden, dass das oben genannte Verkehrsunternehmen/Vertriebsdienstleistungsunternehmen eine Bonitätsprüfung vornimmt bzw. von hierfür beauftragten Dienstleistungsunternehmen vornehmen lässt. Mit meiner/unserer Unterschrift erkläre ich/wir die Zustimmung zum Abschluss des vorbezeichneten Abo-Vertrags und stehe/n für die Erfüllung der Forderungen aus dem Vertrag ein. Wir erkennen an, dass wir gemeinsam als in Schuld stehende Personen für die Einhaltung aller Verpflichtungen aus dem Abo-Vertrag haften. Eine gegenüber der kontoinhabenden Person ausgesprochene Kündigung wirkt auch gegenüber der/dem Abonent*in/der sorgeberechtigten Person, eine gesonderte Kündigung ist nicht erforderlich.

X

Datum

Unterschrift der/des Abonent*in/der sorgeberechtigten Person

X

Unterschrift zur Bestätigung des SEPA-Lastschriftmandats
(kontoinhabende Person)

7. INFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Ich (Abonent*in/sorgeberechtigte Person) erkenne die Datenschutzbestimmungen der oben gewählten Vertragspartei an, welche in den Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Vertragspartei unter mdv.de/abo-agb zu finden sind. Die Angabe meiner E-Mail-Adresse ist erforderlich, damit mich die Vertragspartei zu vertraglichen Aspekten kontaktieren kann.

☐

Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten für Informationszwecke

Ich bin außerdem damit einverstanden, über folgende Wege von der Vertragspartei bzw. dessen beauftragten Dienstleistungsunternehmen Angebote und Informationen zu Themen des Öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) zu erhalten und an Umfragen teilzunehmen:

☐

E-Mail

☐

Telefon

☐

Post

☐

Ich möchte keine Angebote und Informationen erhalten.

Ich kann meine Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Meine Angaben werden nicht an unbeteiligte Dritte weitergegeben.

X

Datum

Unterschrift der/des Abonent*in/der sorgeberechtigten Person