

Bestellung eines HAVAG-Abonnements (Abo) Flex

gültig im Tarifgebiet des Mitteldeutschen Verkehrsverbundes (MDV)

► ANTRAG BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN. ◀

Hallesche Verkehrs-AG (HAVAG), Freimfelder Str. 74, 06112 Halle, Gläubigeridentifikationsnr.: DE69ZZ000000001928

Personendaten des Abonnenten/Nutzers

Herr Frau Divers Firma
 Name _____ Vorname _____
 Straße, Hausnummer _____
 PLZ, Ort _____ Geburtsdatum T | T | M | M | J | J
 E-Mail* _____ Telefon* _____

Bearbeitung durch die Hallesche Verkehrs-AG

Abo-Vertragsnummer/ Mandatsreferenz:
| | | | | | | | | |

Kundennummer:
| | | | | | | | | |

Chipkarten-Nummer: 6053 -
| | | | | | | | - |

Personendaten des Sorgeberechtigten (Insbesondere bei minderjährigen Abonnenten.)

Herr Frau Divers
 Name _____ Vorname _____
 Straße, Hausnummer _____
 PLZ, Ort _____ Geburtsdatum T | T | M | M | J | J
 E-Mail* _____ Telefon* _____

Gewünschter Beginn des Abo-Vertrages Gewünschte Zahlweise/gewünschter Einzugstermin

Tag, Monat, Jahr T | T | M | M | J | J monatlich am 01. oder 10. des laufenden Monats
 Abo-Betrag im anteiligen Monat | | | | , | | €

Weitere Bearbeitung durch die Hallesche Verkehrs-AG

Abo-Betrag Gültig zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses
| | | | , | | €

Posteingang:
Datum _____ Bearbeiter/in _____

Erfassung:
Datum _____ Bearbeiter/in _____

Kontrolle:
Datum _____ Bearbeiter/in _____

Bankverbindung

Kreditinstitut _____ BIC | | | | | | | | | |
 IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Personendaten des Kontoinhabers (Falls vom Abonnenten abweichend.)

Herr Frau Divers Firma Telefon** _____
 Name _____ Vorname _____
 Straße, Hausnummer _____
 PLZ, Ort _____ Geburtsdatum T | T | M | M | J | J

Erklärung des Abonnenten/Sorgeberechtigten/Kontoinhabers – SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Hallesche Verkehrs-AG (HAVAG), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der HAVAG auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/Wir 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 versichere/Wir versichern mit meiner/unserer Unterschrift, dass die HAVAG mir/uns gegenüber keine offenen Forderungen hat. Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen zum Erwerb und zur Nutzung eines HAVAG-Abonnements (AGB) habe ich/haben wir erhalten und erkenne/erkennen diese sowie die einheitlichen Beförderungsbedingungen des MDV und die Tarifbestimmungen der Verkehrsunternehmen des MDV an.

Mit meiner/unserer Unterschrift erkläre ich/erklären wir die Zustimmung zum Abschluss des vorbezeichneten Abo-Vertrages und stehe/stehe/n für die Erfüllung der Forderungen aus dem Vertrag ein.

Ich erkenne/wir erkennen an, dass ich/wir gemeinsam als Gesamtschuldner für die Einhaltung aller Verpflichtungen aus dem Abo-Vertrag haften.

Datenschutzhinweise:
 Ihre persönlichen Angaben werden zur Vertragserfüllung und für eigene Direktmarketingzwecke verwendet (evtl. unter Einbeziehung von Dienstleistern). Darüber hinaus erfolgt keine Übermittlung Ihrer Angaben, sofern wir nicht rechtlich dazu verpflichtet oder berechtigt sind.
 *Die Angaben der Telefonnummer und E-Mail-Adresse sind freiwillig. Wir möchten Ihnen gerne über diese Wege Informationen zu unseren Produkten und Leistungen zukommen lassen. Sie können die werbliche Nutzung Ihrer Daten jederzeit kostenfrei mit Wirkung in die Zukunft untersagen.
 Weitere Informationen finden Sie unter www.havag.com/datenschutz sowie in den AGB unter Punkt Datenschutz.
 **freiwillige Angabe für Rückfragen zum Vertrag (insbesondere zur Einzugsermächtigung)

Datum _____ Unterschrift Abonnent (außer Minderjährige) _____ Unterschrift Kontoinhaber _____ Unterschrift Sorgeberechtigter _____

