

Schulträger

SchokoTicket

Bestellschein Abonnement für Anspruchsberechtigte

Persönliche Angaben des Schülers/der Schülerin

Bitte schreiben Sie deutlich lesbar in Druckbuchstaben. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

Familienname/Vorname

Straße/Hausnummer

Postleitzahl/Wohnort

Geb.-Datum w m d

Geschlecht

T T M M J J J J

Bei Minderjährigen bitte Angaben der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreter bzw. Vertragspartnerin/Vertragspartners (falls abweichend zur/zum Abonentin/Abonenten)

Familienname/Vorname

Straße/Hausnummer

Postleitzahl/Wohnort

Geb.-Datum w m d

Geschlecht

T T M M J J J J

Das SchokoTicket soll gelten ab: (Bitte unbedingt angeben)

Monat Jahr

Straße/Hausnummer der Schule

Name der Schule

Postleitzahl/Ort der Schule

- Oben aufgeführte Schüler/-innen erhalten laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach **§ SGB XII** (Sozialhilfe).
(Bitte einen Nachweis beifügen, soweit der Nachweis beim Schulträger noch nicht vorliegt.
Der Nachweis verbleibt beim Schulträger.)

Angaben zu weiteren anspruchsberechtigten, nicht volljährigen Geschwisterkindern

Diese nachfolgenden Angaben werden zur endgültigen Feststellung des Eigenanteils für o. g. Schüler/-in benötigt, wenn in der Familie weitere Kinder allgemeinbildende Schulen, Sonderschulen oder einen anerkannten Bildungsgang des Berufskollegs (i. d. Regel Vollzeitklasse) besuchen und einen Anspruch auf ein ermäßigtes **SchokoTicket** haben.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Schule	Eigenanteil

→ **X** _____
Ort

X _____
Datum

X _____
Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertreter/Erziehungsberechtigte)

Dieses Feld wird vom Schulträger ausgefüllt

Eigenanteil:	<input type="checkbox"/> 0,00 Euro	<input type="checkbox"/> 7,00 Euro	<input type="checkbox"/> 14,00 Euro
--------------	------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Jahr des voraussichtlichen Schulabganges: Jahr



SchokoTicket

Bestellschein Abonnement für Anspruchsberechtigte

Persönliche Angaben des Schülers/der Schülerin

Bitte schreiben Sie deutlich lesbar in Druckbuchstaben. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

Familienname/Vorname

Straße/Hausnummer

Postleitzahl/Wohnort

Wichtig für Rückfragen:

Mobilfunk- oder Festnetznummer (Angabe freiwillig)

E-Mail (Angabe freiwillig)

Geschlecht

Geb.-Datum

w

m

d

T T M M J J J J

Das SchokoTicket soll gelten ab: (Bitte unbedingt angeben)

Monat

Jahr

Straße/Hausnummer der Schule

Kundennummer (wird vom Verkehrsunternehmen ausgefüllt)

Bei Minderjährigen bitte Angaben der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters bzw. Vertragspartnerin/Vertragspartners (falls abweichend zur/zum Abonentin/Abonenten)

Familienname/Vorname

Straße/Hausnummer

Postleitzahl/Wohnort

Mobilfunk- oder Festnetznummer (Angabe freiwillig)

E-Mail (Angabe freiwillig)

Geschlecht

Geb.-Datum

w

m

d

T T M M J J J J

Name der Schule

Postleitzahl/Ort der Schule

Angaben zu weiteren anspruchsberechtigten, nicht volljährigen Geschwisterkindern

Diese nachfolgenden Angaben werden zur endgültigen Feststellung des Eigenanteils für o. g. Schüler/-in benötigt, wenn in der Familie weitere Kinder allgemeinbildende Schulen, Sonderschulen oder einen anerkannten Bildungsgang des Berufskollegs (i. d. Regel Vollzeitklasse) besuchen und einen Anspruch auf ein ermäßigtes SchokoTicket haben.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Schule	Eigenanteil

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Hiermit ermächtige ich die Vestische Straßenbahnen GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Vestische Straßenbahnen GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich bin unterrichtet, dass die Vestische Straßenbahnen GmbH im Rahmen der Antragsprüfung eine Bonitätsprüfung des Kontoinhabers durch ein zulässiges Inkasso-Unternehmen durchführt. Bei einer negativen Auskunft gilt der Abo-Antrag als abgelehnt. Für die Bonitätsprüfung werden Name, Vorname, Anschrift und das Geburtsdatum an die Wirtschaftsauskunftei übermittelt. Das Ergebnis der Prüfung wird unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen durch das Verkehrsunternehmen maximal 6 Monate gespeichert.

Kontoinhaberin/Kontoinhaber (Familienname/Vorname)

Postleitzahl/Wohnort

Kreditinstitut

IBAN (International Bank Account Number)

Straße/Hausnummer

Mobilfunk- oder Festnetznummer (Angabe freiwillig)

E-Mail (Angabe freiwillig)

Geb.-Datum

der/des Kontoinhaberin/Kontoinhabers

Geschlecht

w

m

d

T T M M J J J J

Wir verwenden Ihre persönlichen Daten zur Erfüllung dieses Vertrages.

Für weitere Informationen siehe Hinweise zum Datenschutz.

Die Tarifbestimmungen und die Abonnementbedingungen des VRR sowie die gesetzlichen Informationen zum Datenschutz gemäß Art. 13 DSGVO habe ich zur Kenntnis genommen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.



T T M M J J J J

X

Ort, Unterschrift der Abonentin/des Abonenten

X

Ort, Unterschrift der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters bzw. der Vertragspartnerin/des Vertragspartners (falls abweichend zur/zum Abonentin/Abonenten)

Gläubiger-Identifikationsnummer (wird vom Verkehrsunternehmen ausgefüllt)

Stand: 01.2022

Bitte Rückseite beachten.

