

ABO - Beginn	Kunden - Nr.	Name, Vorname
FS - Art	FS - Nummer	Wird vom Verkehrsunternehmen ausgefüllt !

Busverkehr Oder-Spree GmbH
James-Watt-Str. 4, 15517 Fürstenwalde

Rückgabe bis spätestens 15. des Vormonats an BOS!

Bestellschein für ein ABO für Schüler/Azubi



Bitte deutlich lesbar in **DRUCKBUCHSTABEN** ausfüllen. Zutreffendes bitte ankreuzen.

Persönliche Angaben

Frau Herr

Name Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort, Ortsteil

Mailadresse

Geb.-datum Tel.-Nr.

Bestellung

Ich möchte ab Monat am Abonnement teilnehmen

Die Bedingungen für den Erwerb einer Abonnementkarte erkenne ich an.

Datum, Unterschrift des Bestellers

Bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter

Gewünschter Fahrausweis

(Fahrausweise sind **nicht** übertragbar)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Jahreskarte im Abonnement für Schüler/Azubi
<u>(nur in Verbindung mit Nachweis der Berechtigung, die nicht älter als 30 Tage sein darf, ggf. Antrag für VBB-Kundenkarte ausfüllen)</u> | <input type="checkbox"/> 10 Monatsraten |
| | <input type="checkbox"/> 1 x jährlich |
| <input type="checkbox"/> VBB-ABO Azubi
<u>(nur in Verbindung mit Berechtigungsnachweis mit Hologrammaufkleber nicht älter als 30 Tage!)</u> | <input type="checkbox"/> 12 Monatsraten (384,00€) |
| | <input type="checkbox"/> 1 x jährlich (365,00€) |

Ich bin einverstanden, dass das Lichtbild zum Zweck der Neuanfertigung im Falle von Verlust oder Diebstahl für die Dauer der Gültigkeit des Fahrausweises gespeichert wird. Ich bin verantwortlich, dass bei der Neuanfertigung ein aktuelles Bild zur Verfügung steht.

Ja Nein

Passbild mit dem Antrag einreichen!

Datenschutz: Ihre personenbezogenen Daten werden entsprechend unserer Datenschutzhinweise verarbeitet. Die Datenschutzhinweise für das Abo habe ich zur Kenntnis genommen.
(Bitte mit X bestätigen, sonst keine Bearbeitung)

Geltungsbereich meines Fahrausweises

- | | | |
|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Fahrstrecke von _____ | nach _____ |
| <input type="checkbox"/> | Berlin | Tarfbereich: A-B <input type="checkbox"/> B-C <input type="checkbox"/> A-B-C <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Frankfurt (Oder) | Tarfbereich: A-B <input type="checkbox"/> B-C <input type="checkbox"/> A-B-C <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Stadtverkehr Fürstenwalde | |
| <input type="checkbox"/> | Stadtverkehr Eisenhüttenstadt | |
| <input type="checkbox"/> | Landkreis Oder-Spree | |
| <input type="checkbox"/> | zwei Landkreise bzw. ein Landkreis/1kreisfreie Stadt/Berlin | |
| | 1. _____ | |
| | 2. _____ | |
| <input type="checkbox"/> | drei Landkreise oder Kombination mit kreisfreier Stadt/Berlin | |
| | 1. _____ | |
| | 2. _____ | |
| | 3. _____ | |
| <input type="checkbox"/> | Gesamtnetz des Verkehrsverbundes Berlin-Brandenburg (VBB-ABO Azubi) | |

Gläubiger Identifikationsnummer: DE83ZZZ00000002258

Mandatsreferenz: (= Kundennummer)

SEPA-Lastschriftmandat/Einzugsermächtigung

Ich ermächtige die Busverkehr Oder-Spree GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift bis zum 06. Banktag des laufenden Monats einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Busverkehr Oder-Spree GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

Kosten für Rücklastschriften gehen zu Lasten des Kunden.

Kontoinhaber

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Datum/Unterschrift des Kontoinhabers

Auskünfte erhalten Sie

- am Infotelefon der BOS

03364/7739573

- oder beim Kundenservice in der James-Watt-Str.4 in Fürstenwalde

03361/556119