Kraftverkehrsgesellschaft Dreiländereck mbH
Südstraße 2, 02763 Zittau
Frau Popken: Tel: 03585 4784-25 Fax: 03585 4784-47
Frau Seifert: Tel: 03583 7741-12 Fax: 03583 7741-42

KVG Dreiländereck

Registrier-Nr.

*Bitte nur die **weißen** Felder ausfüllen!*

Antrag für in Ausbildung befindliche Kinder, Schüler, Auszubildende und Studenten:

Ich beantrage verbindlich entsprechend dem jeweils gültigen Tarif
des Verkehrsverbundes Oberlausitz-Niederschlesien (www.zvon.de) ein/eine:

Abo-Karte als

- ☐ ABO-Monatskarte ermäßigt
- ☐ SchülerFreizeitTicket
  gültig an Schultagen ab 14.00 Uhr im gesamten ZVON
- ☐ SchülerFreizeitTicket plus Flexx
  gültig an Schultagen ab 12.00 Uhr im gesamten ZVON
- ☐ Jahreskarte ermäßigt

gültig ab: Monat | Jahr für den:

☐ AzubiTicket Sachsen für den ZVON-Verbundraum
sowie zusätzlich für folgende(n) weitere(n) Verkehrsverbund/Verkehrsverbünde:

- ☐ Verkehrsverbund Oberelbe VVO
- ☐ Mitteldeutscher Verkehrsverbund MDV
- ☐ Verkehrsverbund Mittelsachsen VMS
- ☐ Verkehrsverbund Vogtland VVV

(nur nahtlos aneinander angrenzende Verkehrsverbünde sind miteinander kombinierbar)

Jobticket ermäßigt für

- ☐ ABO-Monatskarte ermäßigt
- ☐ Jahreskarte ermäßigt

erfordert Vereinbarung Arbeitgeber & KVG

☐ Im Stadtverkehr zum ZVON-Tarif Stadt: _____ Fahrpreis pro Monat _____ €

☐ Im Regionalverkehr zum ZVON-Tarif ☐ Übergangstarif ZVON-VVO: verbundübergreifende Fahrten Eisenbahnstrecke Görlitz/Zittau - Bautzen - Dresden über Arnsdorf

von Haltestelle	nach Haltestelle	Tarifeinheiten	Fahrpreis pro Monat
			€

Auszufüllen bei Personen, die nicht volljährig sind oder von einem Vormund vertreten werden.

Persönliche Angaben Antragsteller

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon **Pflichtfeld** bezüglich Rücksprache

Geburtsdatum

Gesetzlicher Vertreter

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon **Pflichtfeld** bezüglich Rücksprache

E-Mail **Pflichtfeld** bezüglich Rücksprache

Information zum Datenschutz: Meine personenbezogenen Daten werden zum Zwecke des Abonnement-Managements gemäß Art. 13 Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) verarbeitet. Eine Nichtbereitstellung hätte zur Folge, dass kein Abonnement zustande kommt.

☐ Erziehungsberechtigter ☐ Vormund ☐ Behörde

Datum & Unterschrift Antragsteller/gesetzl.Vertreter

Bitte beachten Sie, dass wir nur vollständige Anträge mit Einzugsermächtigung/SEPA-Lastschriftmandat auf Seite 2 bearbeiten können. Die Abo-Laufzeit beträgt mindestens 12 Monate.
Es gelten die Beförderungsbedingungen und Tarifbestimmungen des ZVON: www.zvon.de

---

Erklärung Schule/Ausbildungsstätte:

Es wird bescheinigt, dass der o. g. Schüler/Lehrling/Student unsere Schule/Ausbildungsstätte min. 12 Monate zusammenhängend besucht.

Voraussichtlicher Abschluß der Ausbildung: _ _._ _ ._ _ _ _

Jobticket:

Bestätigung des Arbeitgebers lt. Vertrag mit der KVG

Stempel und Unterschrift

……, am……

Vertragsbestätigung der KVG

oben genannter Antrag wird bestätigt und gilt

ab Monat

Stempel und Unterschrift

……, am……

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers: Kraftverkehrsgesellschaft Dreiländereck mbH

Anschrift des Zahlungsempfängers: Südstraße 2
02763 Zittau

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE19KVG00000185091

Mandatsreferenz
(entspricht der Registriernummer auf Seite 1)

SEPA-Lastschriftmandat:
Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Kraftverkehrsgesellschaft Dreiländereck mbH, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Kraftverkehrsgesellschaft Dreiländereck mbH auf mein /unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Beslastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: [X] wiederkehrende Zahlung
[ ] Befristung bis _____

Name des Zahlungspflichtigen: _____
(Kontoinhaber)

Anschrift des Zahlungspflichtigen:
Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Name der Bank: _____

IBAN des Zahlungspflichtigen: D E

BIC D E

Ort: _____

Datum (TT/MM/JJJJ) 2 0

Unterschrift(en) _____

WICHTIG: MANDAT NUR GÜLTIG MIT **DATUM** / **UNTERSCHRIFT** (ORIGINAL)
Sendungen per Fax oder E-Mail dürfen nicht akzeptiert werden.