

Unterbrechung eines MDV-ABOs

Kündigung eines MDV-ABOs

gültig im Tarifgebiet des Mitteldeutschen Verkehrsverbundes (MDV)

Antrag bitte in Blockschrift ausfüllen.

ABO-Kundennummer

Bitte unbedingt eintragen!

Personendaten des Abonnenten

Name Vorname

PLZ, Ort

Straße, Nr.

Geburtsdatum Tel. (tagsüber)

Unterbrechung

Ich wünsche eine Unterbrechung meines MDV-ABOs ab

bis voraussichtlich

Unterbrechungsgrund:

Kuraufenthalt

schwere Krankheit / Krankenhausaufenthalt

vorübergehende dienstliche Umsetzung
(außerhalb der im ABO-Vertrag angegebenen Tarifzonen)

sonstiger Grund bitte angeben

(Urlaub, Semester-/ Sommerferien bzw. die Nutzung des Schülerferientickets werden nicht als Unterbrechungsgrund anerkannt).

Ordentliche Kündigung

Hiermit kündige ich mein Abonnement gemäß MDV-ABO-Bedingungen Ziffer 9 zum

Kündigungsgrund:

Außerordentliche Kündigung

Hiermit kündige ich mein Abonnement gemäß MDV-ABO-Bedingungen Ziffer 9 zum

Kündigungsgrund:

Wechsel zum MDV-Job-Ticket Firma / Unternehmen

Wegzug aus dem Bediengebiet des MDV Nachweis in geeigneter Form

Veränderung wesentlicher Linien Linienbezeichnung

Todesfall Nachweis Sterbeurkunde

sonstiger Grund bitte angeben

Bei Tarifänderungen gemäß Tarifbestimmungen (Teil B, Pkt. 2.3) des den Vertrag betreffenden MDV-Tarifs kann das Vertragsverhältnis bis zum 10. des Vormonats nach Kenntnis gekündigt werden. Macht der Abonnent von seiner außerordentlichen Kündigung keinen Gebrauch, wird das Vertragsverhältnis zu neuen Konditionen fortgeführt.

Anmeldung Rückerstattung von ABO-Monatsbeiträgen

Bitte verrechnen Sie den Rückerstattungsbetrag mit dem nächsten Einzugsbetrag.

Rückerstattung bitte als Überweisung auf das unten angegebene Konto.

Name Vorname

Kontonr. BLZ

Kreditinstitut

Datum Unterschrift Kontoinhaber

Bestätigung des Abonnenten / gesetzlichen Vertreters

Mit meiner/unserer Unterschrift/en bestätige/n ich/wir die oben gemachten Angaben.

Datum Unterschrift Abonnent Unterschrift gesetzl. Vertreter

Ihr Verkehrsunternehmen (VU):

Bearbeitung durch Verkehrsunternehmen

Posteingang:

Datum:

Bearbeiter/in:

Nachweis für die Unterbrechung wurde vorgelegt:

Datum:

Bearbeiter/in:

Nachweis für die Kündigung wurde vorgelegt:

Datum:

Bearbeiter/in:

Gültige ABO-Marken wurden abgegeben:

Datum:

Bearbeiter/in: