Westpfälzische Nahverkehrs-Service GmbH

Bitte zurücksenden an:

WNS GmbH
ABO-CENTER-WESTPFALZ
Postfach 2650
67614 Kaiserslautern

Ersatzkartengebühren
(Tarifstand 01.01.2018)

alle persönlichen VRN-Jahreskarten	10 €
VRN-Tarif Jahrk Ausbildung Westpfalz	10 €
VRN SuperMAXX- und MAXX-Ticket	10 €
ÜT-Tarif Jahreskarte Ausbildung	15 €
alle übertragbaren VRN-Jahreskarten	50 €
alle übertragbaren ÜT-Jahreskarten	50 €

WNS GmbH
Abo-Center-Westpfalz

Kundenservice
Telefon 0631 34 100 100
Fax 0631 34 100 109
abo@wns-kl.de

Verlustmeldung / Antrag auf Ausstellung einer Ersatzkarte

Kunden-Nr. /Abo-Nr. (wenn bekannt) .....

Name, Vorname Karteninhaber*in .....

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Wohnort .....

Die Jahreskarte ist mir am ..... abhandengekommen (zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ verloren gegangen ☐ auf dem Postweg abhandengekommen ☐ gestohlen worden

☐ unbrauchbar geworden (bitte unbrauchbare Karte beifügen)

Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und dass ich im Falle des Wiederauffindens der abhandengekommenen Jahreskarte diese unverzüglich an das WNS ABO-CENTER-WESTPFALZ zurückgeben werde. Durch Ausgabe dieser Ersatzkarte verliert die Originalkarte ihre Gültigkeit. **Bei Wiederauffinden der Originalkarte kann die Gebühr nicht zurückerstattet werden!**

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

- SWK Verkehrs-AG Kaiserslautern
  Stiftswaldstr. 4, 67657 Kaiserslautern
  Gläubiger-ID: DE41ZZZ00000086628
- DB Regio Bus Mitte GmbH
  Erthalstr. 1, 55118 Mainz
  Gläubiger-ID: DE464AR00000002245
- WNS GmbH, Abo-Center-Westpfalz
  Stiftswaldstr. 4, 67657 Kaiserslautern
  Gläubiger-ID: DE53ZZZ00000097957

Ich ermächtige das Unternehmen mit meiner Unterschrift das tarifliche Bearbeitungsentgelt für die Ausstellung der Ersatzkarte von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom o.g. Unternehmen auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Sollte dem Unternehmen bereits ein gültiges Lastschriftmandat von mir vorliegen, kann das Unternehmen weitere Verträge dem bestehenden Mandat zuordnen.
Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zweck und für die Dauer der Vertragsabwicklung unter Beachtung der Datenschutzvorschriften (Art. 6 und 13 EU-DSVGO) vom Unternehmen gespeichert und verarbeitet werden.
Das Unternehmen behält sich vor, eine Bonitätsprüfung durchzuführen. Zu diesem Zwecke sowie im Falle einer Zahlungsunfähigkeit werden Ihre Daten an eine Wirtschafsauskunftei weitergeleitet. Sollten Sie der Speicherung, Nutzung und Weitergabe Ihrer Daten zu den oben genannten Zwecken nicht zustimmen, ist die Ausstellung einer Ersatzkarte auf der Grundlage einer Lastschrift nicht möglich.

....
Name, Vorname Kontoinhaber*in Anschrift Kontoinhaber*in

....
Geburtsdatum Kontoinhaber*in Name und Sitz des Kreditinstituts/Bank

IBAN (International Bank Account Number)

BIC (Bank Indentifier Code)

.....

Ort, Datum | Unterschrift Besteller*in, ggf. gesetzl. Vertreter*in oder Erziehungsberechtigte*r (bei Minderjährigen) | Unterschrift Kontoinhaber*in