

# Bestellschein

Bitte den Bestellschein vollständig ausfüllen, unterschreiben und per Post an die RVM schicken. Vergessen Sie bitte nicht, die rückseitige Bescheinigung von Ihrer Sozialstelle ausfüllen zu lassen.

FunAbo |  Abo  9 UhrAbo > für diese Strecke: von ..... nach.....  
 60plusAbo > Wählen Sie Ihr 60plus-Netz:  Kreis Borken oder  Netz Münsterland (MS, BOR, COE, ST, WAF, OS, Hamm und Enschede)

## Besteller (=Kontoinhaber)

weiblich  männlich Geburtsdatum 

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Ich erkenne die Tarifbestimmungen der RVM an und nehme zur Kenntnis, dass ich meine Bestellung binnen 14 Tagen schriftlich widerrufen kann. Die RVM verwendet die Daten ausschließlich zur Erfüllung des Vertrages im Rahmen datenschutzrechtlicher Bestimmungen und für eigene Informationszwecke. Eine Weitergabe an Dritte für Werbezwecke oder Ähnliches erfolgt nicht.

Name/Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Adresszusatz (falls notwendig) Telefon (Angabe freiwillig)

E-Mail (Angabe freiwillig)

x  
Datum, Ort und Unterschrift des Bestellers

### Bei minderjährigen Bestellern Angaben zum gesetzlichen Vertreter:

Name/Vorname Anschrift (falls abweichend)

x  
Datum, Ort und Unterschrift des gesetzl. Vertreters (erforderlich falls Besteller unter 18 Jahren)

## SEPA-Lastschriftmandat für das Abonnement

Gläubiger-Identifikationsnummer DE 06ZZZ 0000 0092 011

Ich ermächtige die RVM Regionalverkehr Münsterland GmbH, den Preis für das Mobiticket zu Beginn jeden Monats mittels Lastschrift einzuziehen. Der Preis ist der jeweils aktuelle Preis des Mobitickets. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der RVM auf mein Konto gezogene Lastschrift 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.

Vertragsbeginn ab 

M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---

IBAN 

D	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum/Unterschrift des Kontoinhabers (selbe Person wie Besteller) x

## Fahrgast nur erforderlich, wenn abweichend vom Besteller

weiblich  männlich Geburtsdatum 

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 Ich habe ein Abo bei der RVM 

3							
---	--	--	--	--	--	--	--

 ggf. Kundennummer

Name/Vorname

PLZ/Ort

Straße/Hausnummer

Adresszusatz (falls notwendig)

Dieser Teil wird vom Verkehrsunternehmen ausgefüllt.

3							
---	--	--	--	--	--	--	--

 Kundennummer Datum/Bearbeitung

# Einwilligung zur Datenübermittlung

Ich erkläre:

Die zuständigen Stellen des Kreises und der Städte und Gemeinden sowie die RVM Regionalverkehr Münsterland GmbH dürfen gegenseitig meine Sozialdaten und Kundendaten austauschen und vergleichen.

Dies darf nur zum Überprüfen meiner Berechtigung für die Mobitickets geschehen.

Sie dürfen die folgenden Daten austauschen:

- Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse
- Die Information, ob ich gerade Sozialleistungen erhalte (ohne Grund und Leistungshöhe)
- Bewilligungszeitraum

Ich weiß, dass ich mein Einverständnis dazu jederzeit zurücknehmen kann. Ich muss das nicht begründen. Ich kann das Einverständnis nur für die Zukunft zurücknehmen. Ich habe dadurch keine Nachteile. An andere Stellen dürfen meine Daten nicht weitergegeben werden.



Ort, Datum

Unterschrift Abonnent/-in bzw. der / des gesetzlichen Vertreter (s)

\* Genauerer dazu steht im § 67 b Sozialgesetzbuch X und den §§ 4, 4 a Bundesdatenschutzgesetz. Sie können uns auch gerne einfach fragen.

## Bescheinigung zum Bezug eines der Mobitickets

Der Leistungsträger bestätigt hiermit, dass der / die Antragsteller/in folgende lfd. Sozialleistungen erhält:

Leistungen nach SGB II

von

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

bis

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Leistungen nach SGB XII

von

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

bis

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Hilfe zum Lebensunterhalt nach BVG von

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

bis

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Leistungen nach dem AsylbLG

von

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

bis

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

--

Ort, Datum

--

Stempel der Behörde

--

Unterschrift Sachbearbeiter/-in