

Verlust

Defekt

Kundennummer	Kartennummer (falls bekannt)
Name, Vorname	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Wohnort	
Telefon	E-Mail

**Deutschlandticket, JugendticketBW, RegioAbo**

Ersatzkarte zuschicken  
(Postweg 3 Werktage)

Abholung

Austausch im  
KundenCenter Crailsheim

**KolibriCard**

Sperrung

Ersatzkarte zuschicken  
(Postweg 3 Werktage)

Ersatzkarte ausgehändigt

Datum, Unterschrift **Kunde**  
X \_\_\_\_\_

**Barzahlung** (Verlustgebühr anbei)

**kostenlos** (defekte Karte oder Diebstahlanzeige anbei)  
*Bei mutwilliger Zerstörung wird eine Kartengebühr berechnet.*

**Zahlung per SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige den angegebenen Vertragspartner, Zahlungen aus obigem Vertragsverhältnis von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Vertragspartner auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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.

IBAN  
D E \_\_\_\_\_

Kreditinstitut (Name und BIC)  
\_\_\_\_\_

Frau  Herr Name, Vorname (Kontoinhaber/in) Geburtsdatum  
\_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr. PLZ, Wohnort  
\_\_\_\_\_

Telefon (tagsüber) E-Mail  
\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift **Kontoinhaber** (bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte bzw. gesetzliche Vertreter)  
X \_\_\_\_\_

KundenCenter Schwäbisch Hall  KundenCenter Crailsheim

Datum, Kürzel **KreisVerkehr-Mitarbeiter/in**  
\_\_\_\_\_

**Vertrags-/Ansprechpartner**

**KreisVerkehr Schwäbisch Hall GmbH**

KundenCenter Schwäbisch Hall  
(Mo. bis Do. von 09:00 bis 17:00 Uhr;  
Fr. von 9:00 bis 13:00 Uhr)

Am Spitalbach 20  
74523 Schwäbisch Hall

Tel. 07 91 / 970 10-0  
Fax 07 91 / 970 10-50  
E-Mail: info@kreisverkehr-sha.de

Internet: www.kreisverkehr-sha.de

Gläubiger-Identifikationsnummer  
**DE 76 ZZZ 000 000 971 53**