

# Antrag auf Ausstellung eines Fahrausweises für den ÖPNV für das Schuljahr 2014/2015

(für Vollzeitschüler des Sekundarbereiches II von Schulen **innerhalb** des Landkreises Cloppenburg)

Beförderungsmittel:  Bus  NordWestBahn

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

weiblich  männlich  Tel.: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Stadt/Gemeinde: \_\_\_\_\_ Ortsteil: \_\_\_\_\_

1. Ich besuche die/das \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_  
(Name und Art der Schule, z.B. BBS Friesoythe)  
Klasse bzw. Fachrichtung \_\_\_\_\_  
(z.B.: BGW2, BFW2, BQH2, BFT2, FGT1, BXN1, usw.)

2. Ich habe noch folgende Geschwister, die ebenfalls Vollzeitschüler des Sekundarbereiches II sind:

Vorname: \_\_\_\_\_ Schule: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Schule: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

3. nächste Einstiegshaltestelle am Wohnort: \_\_\_\_\_  
(siehe Bezeichnung im Fahrplan)

4. Eigenanteil (370,00 €)

Ich bitte, den Eigenanteil aufgrund der erteilten Einzugsermächtigung (in 2 Raten) vom Konto abzubuchen

**oder** (entsprechend ankreuzen)

Für die Befreiung von der Eigenbeteiligung habe ich den Gutschein der Leistungsbehörde bzw. den Bescheid nach dem Asylbewerberleistungsgesetz beigefügt.  
(Ohne Gutschein erfolgt keine Bearbeitung des Antrages !)

## SEPA-Lastschriftmandat (Erziehungsberechtigte/r oder volljährige/r Schüler/in)

Name, Vorname des Kontoinhabers (Beides ausschreiben !)

Gläubiger-Identifikationsnummer des Landkreises Cloppenburg: DE97ZZZ00000020630

Mandatsreferenz (wird vom Landkreis Cloppenburg ausgefüllt): \_\_\_\_\_

Zahlungsart:  Wiederkehrende Zahlung  Einmalige Zahlung

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Landkreis Cloppenburg, den Eigenanteil an den Kosten der Jahreskarte von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Landkreis Cloppenburg auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC (erforderlich, wenn die IBAN nicht mit DE beginnt): \_\_\_\_\_

bei (genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstitutes): \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ (Unterschrift Kontoinhaber/in)