



Rückgabeformular ausgefallene Vorstellung

Veranstaltung: _____ Datum: _____

Reihe: _____ Platz: _____

Auftragsnummer (bei Onlinebuchungen angeben): _____

Anzahl der Tickets: _____ Summe in EUR: _____

Buchungsdatum: _____

KD Nr.: _____

Name: _____

Telefon: _____

Anschrift: _____

Ich wünsche die Erstattung per Gutschein im Wert des Kartenpreises

Ich wünsche die Erstattung des Kartenpreises per Rücküberweisung auf folgendes Konto oder Kreditkarte

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

alternativ:

Kreditkartennummer: _____

Ablaufdatum: _____

Kartenart: _____

CVC: _____

(Die Angaben Ihrer Bankverbindung und der Kreditkartendaten dienen der einmaligen Nutzung und werden nicht für andere Zwecke gespeichert)

Datum / Unterschrift: _____

Bitte fügen Sie ihre Eintrittskarten diesem Formular bei!

Theater Magdeburg
Theaterkasse
Universitätsplatz 9
39104 Magdeburg
Tel.: 0391 – 40 490 490