



**Sound of Musicals hilft.** Wir haben es uns zur Aufgabe gemacht krebskranke Kinder zu unterstützen. Mit unserer Aktion **Krebs kranke Kinder brauchen Deine Hilfe** tragen wir u. a. dazu bei, dass die Kinder trotz ihrer schweren Krankheit wieder lachen können.

## Formular zur Ticketpreiserstattung/Erstattungsverzicht

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefonnummer für Rückfragen

Mailadresse für Rückfragen

---

**Bitte Veranstaltungstag auswählen**

**Anzahl Karten:**

**Kartenwert:**

Original-Tickets

Print@Home

Normalpreis

Ermäßigt

---

### Spende

Ich möchte meine Karten in eine Spende im Wert von an Sound of Musicals e.V. umwandeln.

### Teilspende

Ich möchte einen Teil des Kartenwerts in eine Spende in Höhe von an Sound of Musicals e.V. umwandeln und den Rest rückerstattet bekommen

### vollständige Rückerstattung

Ich möchte den vollen Kartenpreis rückerstattet bekommen.

**Bankdaten** (bitte bei Teil- und Rückerstattung angeben)

Name der Bank

Name des Kontoinhabers

IBAN-Nummer

BIC

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragsteller

**Bei Original-Tickets:** Bitte senden Sie das Formular **inkl. der gekauften Karten** an:  
*Sound of Musicals e.V., Rüsselsheimer Straße 39, 65474 Bischofsheim*

**Bei Print@Home:** Bitte senden Sie das Formular **inkl. der Rechnungskopie** an:  
*corona2020@somusicals.de*