

Zahlungsempfänger:

Name des Zahlungsempfängers: WSC – Bad Staffelstein e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers
Straße & Hausnummer: Wittelsbacherstraße 19c

PLZ & Ort 96215 Lichtenfels

Ich ermächtige/wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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 / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger:

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlungen

Vor – und Zuname des
Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) _____ / _____

Anschrift (Kontoinhaber)
Straße & Hausnummer _____ / _____

Land / PLZ / Ort _____ / _____ / _____

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen)

BIC (8 oder 11 Stellen)

Bank: _____

Ort _____

Datum (TT/MM/JJJJ) _____

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): _____