

**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): \_\_\_\_\_