

**Zahlungsempfänger:**

Stadtgemeinde Kapfenberg  
Koloman-Wallisch-Platz 1  
8605 Kapfenberg  
Creditor ID: AT95ZZZ00000001621

**BITTE NUR BEI ERSTANMELDUNG  
ODER ÄNDERUNGEN AUSFÜLLEN!**

**Zahlungspflichtiger:**

---

**Vor- und Zuname\***

---

**Adresse**

---

**Postleitzahl und Ort**

---

**Telefonnummer**

---

**Bezeichnung der Bank\***

---

**Kontonummer**

---

**Bankleitzahl**

---

**IBAN (International Bank Account Number)\***

---

**BIC (Bank Identifier Code)\***

\*Diese Felder müssen ausgefüllt werden.

**Verwendungszweck: Musikschule**

für: \_\_\_\_\_

**SEPA Lastschrift – Eröffnung/Änderung**

Die Stadtgemeinde Kapfenberg wird hiermit ermächtigt, vom Konto des/der oben genannten Zahlungspflichtigen Zahlungen gemäß Verwendungszweck mittels Lastschrift einzuziehen. Innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, kann die Erstattung des belasteten Betrages verlangt werden.

Kapfenberg, am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des (der) Zahlungspflichtigen