

Zahlungsempfänger:

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

Zahlungspflichtiger:

Vor- und Zuname

Adresse

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

Bezeichnung der Bank

Kontonummer

Bankleitzahl

IBAN (International Bank Account Number)

BIC (Bank Identifier Code)**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