



Geschäftsstelle

Telefon 09571 73563
 E-Mail info@wbv-lif-sta.de
 WEB www.wbv-lif-sta.de

Sprechzeiten

Mo, Mi, Fr: 9.00 - 10.00 Uhr
 Di, Do 9.00 - 12.00 Uhr
 oder nach Vereinbarung

Steuernummer 212/111/60508

WBV Lichtenfels-Staffelstein w.V., Kronacher Str. 23, 96215 Lichtenfels

WBV Lichtenfels-Staffelstein w.V.
 Kronacher Straße 23
 96215 Lichtenfels

Bestellung Auszüge Standortskarte

Hiermit bitte ich die Waldbesitzervereinigung verbindlich um Auszüge (DIN A4) aus der Standortskarte (Maßstab 1:5000) und Baumarteneignungstabelle für nachfolgend aufgeführte Flurstücke.

Ich ermächtige die Waldbesitzervereinigung, die dafür anfallenden Kosten per Lastschriftverfahren von dem unten angegebenen Konto einzuziehen. Weiter verpflichte ich mich, diese Kartenausschnitte nur für den Eigenbedarf zu verwenden. Eine Weitergabe an Dritte ist untersagt. Die geschätzten Kosten belaufen sich auf 20,00 € Grundgebühr (für 1/2 Stunde), bei Mehraufwand 35,00 €/Stunde und 0,15 € Kopierkosten pro Farbablichtung DIN A4.

Der Kartenauszug soll folgende Flurstücke enthalten (entnehmen Sie diese Angaben bitte Ihren Katastrerauszügen vom Vermessungsamt und achten Sie bei Flurbereinigung etc. auf den neuesten Stand):

Gemarkung (kein Flurname)	Gemarkung (kein Flurname)	Gemarkung (kein Flurname)
Flurnummer(n)	Flurnummer(n)	Flurnummer(n)

Name:	Telefonnummer:
Straße:	E-Mail:
PLZ, Ort:	Fax:
Ortsverband:	Mitgliedsnummer:

Waldbesitzervereinigung Lichtenfels-Staffelstein w. V., Kronacher Str. 23, 96215 Lichtenfels

Gläubiger-Identifikationsnummer DE20ZZZ00000206995
 Mandatsreferenz Mitgliedsnummer - Bestelldatum
 Zahlungsart einmalige Zahlung

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Waldbesitzervereinigung Lichtenfels-Staffelstein w. V., Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Waldbesitzervereinigung Lichtenfels-Staffelstein w. V. 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.

Bank:	BIC:	IBAN:
-------	------	-------

Ort

Datum

Unterschrift