Auflösung eines Postbank Girokontos

Ihr Vertragspartner:
Postbank – eine Niederlassung der Deutsche Bank AG
(nachfolgend „Bank" genannt)

Kontonummer

1. Kundin/Kunde

Persönliche Angaben

☐ Frau ☐ Herr

sämtliche Vorname | akademischer Grad

Name

Bitte füllen Sie den Auftrag in Druckbuchstaben aus.

Straße, Hausnummer

Postleitzahl | Ort

Land

Geburtsdatum | Geburtsort

(freiwillige Angabe)

Telefon Vorwahl | Rufnummer

2. Kundin/Kunde

Persönliche Angaben

☐ Frau ☐ Herr

sämtliche Vorname | akademischer Grad

Name

Bitte füllen Sie den Auftrag in Druckbuchstaben aus.

Straße, Hausnummer

Postleitzahl | Ort

Land

Geburtsdatum | Geburtsort

(freiwillige Angabe)

Telefon Vorwahl | Rufnummer

Lösen Sie mein oben genanntes Postbank Girokonto

☒ ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist

☐ zum Datum auf.

Die noch vorhandenen Vordrucke zum aufzulösenden Girokonto habe ich vernichtet.

Bestehende Daueraufträge sollen letztmalig am

Datum ausgeführt werden.

Grund für die Auflösung

Gutschriftkonto

☐ Überweisen Sie das Restguthaben auf das nachstehend genannte Konto

IBAN

noch IBAN

BIC (nur außerhalb SEPA-Raum)

Kreditinstitut

Name, Vorname der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers

Wenn und soweit das oben genannte Konto bei Schließung noch überzogen ist, erteile ich unten zwecks Ausgleichs der Überziehung einen Umbuchungsauftrag oder ein SEPA-Mandat.

Kreditkarte

Ausgegebene Kreditkarten möchte ich

☒ ebenfalls kündigen. Ich habe die Kreditkarte(n) einmal durchgeschnitten und vernichtet. Wenn und soweit bei Beendigung des Kreditkartenvertrages noch Zahlungen aus dem Kreditkartenverhältnis zu entrichten sind, erteile ich unten zwecks Ausgleichs der Forderungen einen Umbuchungsauftrag oder ein SEPA-Mandat.

☐ weiterführen. Für den Einzug der monatlichen Kreditkartenabrechnung verwenden Sie bitte den unten erteilten Umbuchungsauftrag bzw. das SEPA-Mandat.

Umbuchung

☐ **Zahlung / Umbuchung von einem Girokonto bei der Bank**

Ich beauftrage Sie, die von mir zu entrichtende Zahlung bei Fälligkeit von folgendem Girokonto umzubuchen.

☐ sofort ☐ am Datum

*Bitte, geben Sie entweder Kto-Nr. + BLZ **ODER** die IBAN an.*

Kontonummer

Bankleitzahl

IBAN

D E

Name, Vorname der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers*

Kontoinhaberin/Kontoinhaber: Unterschrift*

**Nur erforderlich, wenn Zahlungspflichtiger abweichend vom Kontoinhaber.*

37

Auftrag für die Bank

Auflösung eines Postbank Girokontos

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

☐ **Zahlung von einem bei einem anderen Kreditinstitut geführten Konto**

Postbank – eine Niederlassung der Deutsche Bank AG,
Friedrich-Ebert-Allee 114 – 126, 53113 Bonn.
Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE19PR100000106424 (für Giro)
DE19AWL00000106424 (für Kreditkarte)

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat
Ich ermächtige die Bank, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Bank auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen die Erstattung des Betrages verlangen. Die Frist beginnt mit dem Datum der Abbuchung. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber/in)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl | Ort

IBAN

noch IBAN

BIC

Kreditinstitut

Datum | Ort

Kontoinhaberin/Kontoinhaber: Unterschrift

X

Ausführungsdatum

Zeitpunkt des Einzugs durch SEPA-Lastschrift
Die Bank zieht den Kontoüberziehungsbetrag entsprechend dem Saldobetrag des Schlusskontoauszugs und die Restforderung aus dem Kreditkartenverhältnis innerhalb von acht Bankarbeitstagen nach Kontoschließung bzw. Beendigung des Kreditkartenverhältnisses ein. Wird das Kreditkartenverhältnis weitergeführt, bestimmt sich der Termin für den Einzug der Kreditkartenumsätze nach den in der Kreditkartenabrechnung hierzu gegebenen Hinweisen.

Datum

Unterschriften

1. Kundin/Kunde

X

2. Kundin/Kunde oder Vertretungsberechtigte/r

X

Auftrag für die Bank