

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

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Ort

Land

Geburtsdatum Geburtsort

(freiwillige Angabe)

Telefon Vorwahl Rufnummer

2. Kundin/Kunde

Persönliche Angaben

Frau Herr

sämtliche Vorname akademischer Grad

Name

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.

Bestehende Daueraufträge sollen letztmalig am

Datum ausgeführt werden.

Grund für die Auflösung

Gutschrift-konto

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. 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 vom Postbank Konto

Umbuchung von einem Postbank Girokonto

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

sofort am Datum

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

Kontonummer

Bankleitzahl

IBAN

DE

Name, Vorname der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers*

Kontoinhaberin / Kontoinhaber: Unterschrift*

*Nur erforderlich, wenn Zahlungspflichtiger abweichend vom Kontoinhaber.



Auflösung eines Postbank Girokontos

Erteilung
eines SEPA-
Lastschrift-
mandats

Zahlung von einem bei einem anderen Kreditinstitut geführten Konto

Postbank – eine Niederlassung der Deutsche Bank AG,
Bundeskanzlerplatz 6, 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



Ausführungs-
datum

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.

Unter-
schriften

Datum | Ort
| | | | | | | | | | | | | | | |

1. Kundin/Kunde


2. Kundin/Kunde


Auftrag für die Bank



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

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Ort

Land

Geburtsdatum Geburtsort

Telefon Vorwahl Rufnummer

(freiwillige Angabe)

2. Kundin/Kunde

Persönliche Angaben

Frau Herr

sämtliche Vorname akademischer Grad

Name

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Ort

Land

Geburtsdatum Geburtsort

Telefon Vorwahl Rufnummer

(freiwillige Angabe)

Lösen Sie mein oben genanntes Postbank Girokonto

ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist

zum Datum auf.

Bestehende Daueraufträge sollen letztmalig am

Datum ausgeführt werden.

Grund für die Auflösung

Gutschrift-konto

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. 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 vom Postbank Konto

Umbuchung von einem Postbank Girokonto

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

sofort am Datum

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

Kontonummer

Bankleitzahl

IBAN

DE

Name, Vorname der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers*

Kontoinhaberin / Kontoinhaber: Unterschrift*

*Nur erforderlich, wenn Zahlungspflichtiger abweichend vom Kontoinhaber.

Auflösung eines Postbank Girokontos

Erteilung
eines SEPA-
Lastschrift-
mandats

Zahlung von einem bei einem anderen Kreditinstitut geführten Konto

Postbank – eine Niederlassung der Deutsche Bank AG,
Bundeskanzlerplatz 6, 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

Ausführungs-
datum

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 | Ort
| | | | | | | |

1. Kundin/Kunde

2. Kundin/Kunde

Unter-
schriften

Durchschrift für die Kundin/den Kunden