



Auflösung eines FYRST Girokontos

Ihr Vertragspartner:
FYRST – ein Angebot der Deutsche Bank AG
(nachfolgend „Bank“ genannt)

IBAN
D E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. Kundin/Kunde

Persönliche Angaben

Frau Herr

sämtliche Vorname | akademischer Grad

Name

Straße, Hausnummer

Postleitzahl | Ort

Geburtsdatum | Geburtsort

Telefon Vorwahl | Rufnummer

Bitte füllen Sie den Auftrag in Druckbuchstaben aus.

(freiwillige Angabe)

2. Kundin/Kunde

Persönliche Angaben

Frau Herr

sämtliche Vorname | akademischer Grad

Name

Straße, Hausnummer

Postleitzahl | Ort

Geburtsdatum | Geburtsort

Telefon Vorwahl | Rufnummer

Bitte füllen Sie den Auftrag in Druckbuchstaben aus.

(freiwillige Angabe)

Lösen Sie mein/ unser oben genanntes FYRST Girokonto

ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist

zum Datum auf.

Die noch vorhandenen Vordrucke zum aufzulösenden Girokonto habe ich/haben wir 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

Umbuchung vom FYRST Konto

Umbuchung von einem FYRST Girokonto

Ich beauftrage/Wir beauftragen Sie, die von mir/uns zu entrichtende Zahlung bei Fälligkeit von folgendem FYRST Girokonto umzubuchen.

sofort am Datum

Kontonummer

Bankleitzahl

IBAN

D E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Name, Vorname der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers*

Kontoinhaberin/Kontoinhaber: Unterschrift*

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

*Nur erforderlich, wenn Zahlungspflichtiger abweichend vom Kontoinhaber.

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

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



Auftrag für die Bank

Auflösung eines FYRST Girokontos

Ausführungsdatum **Zeitpunkt des Einzugs durch SEPA-Lastschrift**
Die Bank zieht den Kontoüberziehungsbetrag entsprechend dem Saldobetrag des Schlusskontoauszugs innerhalb von acht Bankarbeitstagen nach Kontoschließung ein.

Datum |
| | | | | | | |

Unterschriften
1. Kundin/Kunde
X

2. Kundin/Kunde oder Vertretungsberechtigte/r
X

Auflösung eines FYRST Girokontos

Ihr Vertragspartner:
FYRST – ein Angebot der Deutsche Bank AG
(nachfolgend „Bank“ genannt)

IBAN D E

Persönliche Angaben

1. Kundin/Kunde

Frau Herr

sämtliche Vorname	akademischer Grad
-------------------	-------------------

Bitte füllen Sie den Auftrag in Druckbuchstaben aus.

Name	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Ort
Geburtsdatum	Geburtsort

(freiwillige Angabe)

Telefon Vorwahl	Rufnummer

Persönliche Angaben

2. Kundin/Kunde

Frau Herr

sämtliche Vorname	akademischer Grad
-------------------	-------------------

Bitte füllen Sie den Auftrag in Druckbuchstaben aus.

Name	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Ort
Geburtsdatum	Geburtsort

(freiwillige Angabe)

Telefon Vorwahl	Rufnummer

Lösen Sie mein/ unser oben genanntes FYRST Girokonto

ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist

zum Datum _____ auf.

 | | | | |

Die noch vorhandenen Vordrucke zum aufzulösenden Girokonto habe ich/haben wir 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/wir unten zwecks Ausgleichs der Überziehung einen Umbuchungsauftrag oder ein SEPA-Mandat.

Umbuchung vom FYRST Konto

Umbuchung von einem FYRST Girokonto

Ich beauftrage/Wir beauftragen Sie, die von mir/uns zu entrichtende Zahlung bei Fälligkeit von folgendem FYRST 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.

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

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

Durchschrift für die Kundin/den Kunden

Auflösung eines FYRST Girokontos

Ausführungsdatum **Zeitpunkt des Einzugs durch SEPA-Lastschrift**
Die Bank zieht den Kontoüberziehungsbetrag entsprechend dem Saldobetrag des Schlusskontoauszugs innerhalb von acht Bankarbeitstagen nach Kontoschließung ein.

Datum |
| | | | | | | |

Unterschriften 1. Kundin/Kunde
X

2. Kundin/Kunde oder Vertretungsberechtigte/r
X