

Vollmachtserklärung für Depositionenkonto

	Vollmachtgeber/in	Bevollmächtigte/r
Name
Vorname
Geburtsdatum
Heimatort
Strasse
Ort

Der/die Bevollmächtigte ist ermächtigt, im Namen des/der Unterzeichnenden ihn/sie gegenüber der ABZ in nachbezeichneter Angelegenheit rechtsgültig zu vertreten:

Depositionenkonto Nr.

Diese Vollmacht umfasst die bezeichneten Konten, die auf den Vollmachtgeber oder die Vollmachtgeberin lauten. Die Vollmacht ermächtigt insbesondere dazu, Geldbezüge oder Einlagen vorzunehmen, Konten zu eröffnen oder aufzulösen. Diese Vollmacht gilt bis zum Widerruf durch den Kontoinhaber/die Kontoinhaberin, durch seinen/ihren gesetzlichen Vertreter oder durch seinen/ihren Rechtsnachfolger. Auch mit dem Tod, der Verschollenenerklärung, dem Verlust der Handlungsfähigkeit und dem Konkurs des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin erlischt diese Vollmacht nicht.

Ort und Datum Unterschrift

Sofern die Unterschrift nicht notariell beglaubigt wird, muss dieses Formular bei der ABZ vom/von der Vollmachtgeber/in unter Vorlage eines amtlichen Ausweises unterzeichnet werden.

(Wird von der ABZ-Geschäftsstelle ausgefüllt)
Ausweiskopien entgegengenommen:

Datum Unterschrift