

# Postbank Kreditkarten

Auftrag zur Änderung der Bankverbindung

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

**Karteninhaber/Karteninhaber**

**Meine persönlichen Angaben**  Frau  Herr

Vornamen \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Bitte füllen Sie den Auftrag in Druckbuchstaben aus. Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Kreditkartennummer (der Hauptkarte) \_\_\_\_\_

**Zahlung der Kreditkartenumsätze** Ich möchte die Kreditkartenumsätze wie folgt begleichen:  
 Ich beauftrage Sie, die Kreditkartenumsätze vom nachstehenden **Girokonto der Bank** umzubuchen.

IBAN \_\_\_\_\_

Name, Vorname der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers \_\_\_\_\_

Kontoinhaberin/Kontoinhaber: Unterschrift \_\_\_\_\_

**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: DE19AWL00000106424

Mandatsreferenz \_\_\_\_\_

**SEPA-Lastschriftmandat**  
 Ich ermächtige die Bank, die Kartenumsätze/Entgelte 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.

Bezeichnung/Name, Vorname der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

noch IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Kontoinhaberin/Kontoinhaber: Unterschrift \_\_\_\_\_

**Hinweis:**

Bitte füllen Sie den Auftrag vollständig aus und senden Sie diesen unterschrieben an:  
 Postbank Hamburg  
 Card Service  
 22283 Hamburg  
 Fax: 0228 5500 2222

**Unterschrift** Datum \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Hauptkarteninhaber/in \_\_\_\_\_



Vertriebsschlüssel  
 0 1 0 | 3 1 0 1 5 | 0 1 0 | 1 1 0



# Postbank Kreditkarten

Auftrag zur Änderung der Bankverbindung

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

**Karteninhaber/Karteninhaber**

**Meine persönlichen Angaben**  Frau  Herr

Vornamen \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

*Bitte füllen Sie den Auftrag in Druckbuchstaben aus.*

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Kreditkartennummer (der Hauptkarte) \_\_\_\_\_

**Zahlung der Kreditkartenumsätze** Ich möchte die Kreditkartenumsätze wie folgt begleichen:

Ich beauftrage Sie, die Kreditkartenumsätze vom nachstehenden **Girokonto der Bank** umzubuchen.

IBAN \_\_\_\_\_

Name, Vorname der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers \_\_\_\_\_

Kontoinhaberin/Kontoinhaber: Unterschrift \_\_\_\_\_

**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: DE19AWL00000106424

Mandatsreferenz \_\_\_\_\_

**SEPA-Lastschriftmandat**  
 Ich ermächtige die Bank, die Kartenumsätze/Entgelte 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.

Bezeichnung/Name, Vorname der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

noch IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Kontoinhaberin/Kontoinhaber: Unterschrift \_\_\_\_\_

**Hinweis:**

Bitte füllen Sie den Auftrag vollständig aus und senden Sie diesen unterschrieben an:  
 Postbank Hamburg  
 Card Service  
 22283 Hamburg

Fax: 0228 5500 2222

Datum \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

**Unterschrift** Hauptkarteninhaber/in

**X**

Vertriebsschlüssel  
 0 | 0 | 3 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0

