



KONTOVOLLMACHT

Darlehenskasse der GISA

Kontoinhaber/In

Vorname, Name

Adresse

Ort

Geburtsdatum

Mobile

Emailadresse

Hiermit bevollmächtige ich folgende Person uneingeschränkt über mein Konto bei der Darlehenskasse GISA zu verfügen. Dies gilt im Besonderen auch für den Fall meines Ablebens.

Vollmachtnehmer/In

Vorname, Name

Adresse

Ort

Geburtsdatum

Mobile

Alle Angaben in dieser Bevollmächtigung habe ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte gemacht und diese sollen bis auf Widerruf durch mich beachtet werden.

.....
Ort / Datum, Unterschrift Kontoinhaber/In

.....
Ort / Datum, Unterschrift Vollmachtnehmer/In