

Eröffnung Depositenkonto

Der/die Unterzeichnende wünscht ein Depositenkonto bei der EBG St.Gallen zu eröffnen:

Vorname, Name: _____

Adresse: _____

Geb.Datum: _____ **Bürgerort:** _____

Ersteinzahlung: Fr. _____ (Mindestbetrag Fr. 1'000.00)

Einzahlungskonto: EBG St. Gallen, IBAN CH37 0900 0000 9000 1097 3

Rückzahlungskonto:

Bankverbindung:

Name der Bank, Ort: _____ Clearing Nr.: _____

IBAN-Nummer: _____

Konto lautend auf: _____

Postverbindung:

Postkonto: _____

Konto lautend auf: _____

Allfällige Vollmachten sind separat und schriftlich zu erteilen.

Der/die Unterzeichnende bestätigt das Reglement der Depositenkasse erhalten und davon zustimmend Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum: _____

Der/die Genossenschaftler/-in: _____