

Vollmacht Depositenkonto

Der/die unterzeichnende **Inhaber/in eines Depositenkontos** bei der EBG St.Gallen:

Vorname, Name: _____

Adresse: _____

Geb.Datum: _____ **Bürgerort:** _____

ernennt hiermit als **Bevollmächtigte/n** gemäss Art. 8.2 vom Reglement der Depositenkasse der Eisenbahnerbaugenossenschaft St.Gallen:

Vorname, Name: _____

Adresse: _____

Geb.Datum: _____ **Bürgerort:** _____

Der/die Kontoinhaber/in anerkennt alle Handlungen und Erklärungen der/des Bevollmächtigten als für ihn/sie rechtsverbindlich.

Die Vollmacht gilt bis zum schriftlichen Widerruf und erlischt nicht mit dem Tod, Verlust der Handlungsfähigkeit, Verschollenerklärung oder dem Konkurs der/des Kontoinhabers/in.

Ort, Datum: _____

Der/die Kontoinhaber/in:

Der/die Bevollmächtigte:
