

An die

(Bezeichnung des Kreditinstitutes)

(Adresse des Kreditinstitutes)

(Name und Telefonnummer des zuständigen Sachbearbeiters)

	1. Kreditnehmer	2. Kreditnehmer (ev. Bürge, Mithaft)
Name		
Geb. Datum		
Adresse		
Kreditkonto-Nr.		

V O L L M A C H T

zur Entbindung des Datenschutzes und
des Bankgeheimnisses gem. § 38 Abs. 2 Z 5 BWG

☐ Ich (Wir) entbinde(n) Sie gegenüber Herrn Walter Zeilberger - Tel. 0664-3252742 LICON GmbH -, betreffend den(r) oben genannten Kredit(e) von der Wahrung des Bankgeheimnisses und des Datenschutzes.

☐ Im Falle unvollständiger Unterlagen bevollmächtige(n) ich (wir) Herrn Walter Zeilberger Tel. 0664-3252742 LICON GmbH - den/die obigen Kreditvertrag(e) betreffende Information und - gegebenfalls - auf meine Kosten - Kreditunterlagen anzufordern.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Unterschrift: _____

Formular: Entbindung Bankgeheimnis

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig und wahrheitsgemäß aus und legen Sie die erforderlichen Kopien der notwendigen Unterlagen bei