

Absender



Postbank
Zahlungsverkehr

Fax-Nr. +49 69 910 85295

Bitte füllen Sie dieses Formular komplett aus um Rückfragen und ggf. Verzögerungen in der Bearbeitung zu vermeiden. Bitte nutzen Sie die PDF-Beschriftungsfunktion und verzichten Sie auf handschriftliche Befüllung.

Wir bitten Sie, die nachfolgenden Überweisungen Lastschriften Ausführungs-/
nicht auszuführen: Datei-Referenz _____ Fälligkeitsdatum: _____

mit: _____ Gesamtposten _____ Gesamtbetrag _____

vollständig nicht auszuführen.

BIC des Absenders	IBAN des Absenders
P B N K D E F F	

IBAN des Empfängers/Zahlungspflichtigen	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

BIC des Empfängers/Zahlungspflichtigen	Betrag
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Verwendungszweck (die ersten 35 Stellen ungekürzt)	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Hiermit bestätige ich, dass der Zahlungsauftrag, den ich mit diesem Formular rückrufen möchte, nicht durch einen Zahlungsauslösedienstleister ausgelöst worden ist.