



KONTOANTRAG

Kontobezeichnung: _____

Gesetzlicher Vertreter: Person, die berechtigt ist, im Namen des Unternehmens zu handeln und rechtliche Entscheidungen in dessen Namen zu treffen.

Gesetzliche Vertreter	1	2
Name(n)		
Vorname(n)		
Geburtsdatum und -ort		
Nationalität		
Privatadresse - Straße, N°		
Ort, Land		
Telefon		
Tätigkeitsbereich		
Name des Arbeitgebers		
Email		
Inhaber eines öffentlichen Mandats	<input type="checkbox"/> ja* <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja* <input type="checkbox"/> nein
* Wenn ja: Funktion:		
Institution:		
Startdatum:		
Enddatum:		

Gesetzliche Vertreter	3	4
Name(n)		
Vorname(n)		
Geburtsdatum und -ort		
Nationalität		
Privatadresse - Straße, N°		
Ort, Land		
Telefon		
Tätigkeitsbereich		
Name des Arbeitgebers		
Email		
Inhaber eines öffentlichen Mandats	<input type="checkbox"/> ja* <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja* <input type="checkbox"/> nein
* Wenn ja: Funktion:		
Institution:		
Startdatum:		
Enddatum:		

KONTONUTZUNG

Zweck der Nutzung des Kontos : Grund/Gründe für die Aufteilung mehrerer Konten bitte angeben:

Herkunft der auf das Konto eingezahlten Beträge:

Land: _____

Einnahmequelle: _____

Art der eingehenden Transaktionen: _____

Art der ausgehenden Transaktionen:

Laufende Ausgaben

Operationelle Ausgaben

Andere: _____

BEDINGUNGEN UND UNTERSCHRIFTEN

Kontoinhaber

Der/die untenstehende(n) Unterzeichner

- erklärt/erklären, dass er/sie die Informationen in diesem Formular, die Allgemeinen Geschäfts- und Sonderbedingungen für Geschäftskunden von POST Finance sowie die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen, gelesen und in ihrer Gesamtheit akzeptiert hat/haben. Diese Dokumente können auf www.post.lu und in jeder Verkaufsstelle eingesehen werden.
- ermächtigt/ermächtigen das «Unternehmen», das Bankkonto zu eröffnen.

Gesetzlicher Vertreter 1

Datum: _____

Name und Unterschrift: _____

Gesetzlicher Vertreter 2

Datum: _____

Name und Unterschrift: _____

Gesetzlicher Vertreter 3

Datum: _____

Name und Unterschrift: _____

Gesetzlicher Vertreter 4

Datum: _____

Name und Unterschrift: _____

POST Finance reserviertes Feld

Autocollant guichet

Unterschrift: _____



N° compte :

L U 1 1 1 1 0 0 0 0

Kontoinhaber - Name: _____

Das geänderte Gesetz vom 12. November 2004 über die Bekämpfung von Geldwäsche und Terrorismusfinanzierung schreibt vor, dass der wirtschaftliche Eigentümer jedes Kontos identifiziert werden muss. Der wirtschaftliche Eigentümer ist die physische Person, die die Einheit kontrolliert und/oder mindestens 25% der Anteile der Einheit hält.

Wirtschaftlicher Eigentümer	1	2
Name(n)		
Vorname(n)		
Geburtsdatum und -ort		
Nationalität		
Privatadresse - Straße, N°		
Ort, Land		
Beruf/Branche/Arbeitgeber		
Inhaber eines öffentlichen Mandats	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nein
* Wenn ja: Funktion:		
Institution:		
Startdatum:		
Enddatum:		

Wirtschaftlicher Eigentümer	3	4
Name(n)		
Vorname(n)		
Geburtsdatum und -ort		
Nationalität		
Privatadresse - Straße, N°		
Ort, Land		
Beruf/Branche/Arbeitgeber		
Inhaber eines öffentlichen Mandats	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nein
* Wenn ja: Funktion:		
Institution:		
Startdatum:		
Enddatum:		

Das auf das Konto eingezahlte Guthaben stammt von: _____

Das Konto wird zu folgendem Zweck genutzt:

Laufende Kosten

Andere: _____

Die Unterzeichner verpflichten sich, POST Finance unverzüglich schriftlich über jede Änderung der vorstehenden Angaben zu informieren, und bestätigen die Richtigkeit dieser Angaben.

Ort und Datum: _____

Gesetzlicher Vertreter 1

Gesetzlicher Vertreter 2

Gesetzlicher Vertreter 3

Gesetzlicher Vertreter 4

Name

Name

Name

Name

Unterschrift

Unterschrift

Unterschrift

Unterschrift

Wirtschaftlicher Eigentümer 1

Wirtschaftlicher Eigentümer 2

Wirtschaftlicher Eigentümer 3

Wirtschaftlicher Eigentümer 4

Name

Name

Name

Name

Unterschrift

Unterschrift

Unterschrift

Unterschrift

Dokumente, die diesem Formular beizufügen sind (für jeden Unterzeichner):

- Beidseitige Kopie eines gültigen und gut lesbaren Ausweisdokuments
- Nachweis des Wohnsitzes (z. B. Aufenthaltsbescheinigung), nicht älter als 3 Monate

Für POST Finance reserviertes Feld

Autocollant guichet

Unterschrift

Diese Informationen sind für die Verwaltung Ihres Kontos und der damit verbundenen Zahlungsmittel obligatorisch. Laut Gesetz haben Sie das Recht, auf Ihre Daten zuzugreifen, sie zu ändern und zu löschen sowie aus berechtigtem Grund gegen ihre Verarbeitung Einspruch zu erheben. Weitere Informationen finden Sie in der Rubrik Nutzungsbedingungen, wo Sie die Datenschutzerklärung einsehen können. www.post.lu

L U 1 1 1 1 0 0 0 0

Kontoinhaber - Name : _____

Unterschriften:

*(Personen, die berechtigt sind, Transaktionen auf dem oben genannten Konto)**

Bevollmächtigter	1	2
Gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name(n)		
Vorname(n)		
Geburtsdatum und -ort		
Nationalität		
Privatadresse : Straße, N°, Ort, Land	_____ _____	_____ _____
Funktion innerhalb des Unternehmens		
Beruf/Branche/Arbeitgeber <i>(falls nicht vom Kontoinhaber beschäftigt)</i>		
Unterschrift	_____	_____

Bevollmächtigter	3	4
Gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name(n)		
Vorname(n)		
Geburtsdatum und -ort		
Nationalität		
Privatadresse : Straße, N°, Ort, Land	_____ _____	_____ _____
Funktion innerhalb des Unternehmens		
Beruf/Branche/Arbeitgeber <i>(falls nicht vom Kontoinhaber beschäftigt)</i>		
Unterschrift	_____	_____

SAP2600001274 12/23_PRO

Hiermit ermächtigen wir, die gesetzlichen Vertreter des Kontoinhabers, die oben genannten Unterzeichner, das betreffende Konto des Unternehmens, das bei POST Luxembourg eröffnet wurde, zu verwalten.

Ort und Datum: _____

Gesetzlicher Vertreter 1

Gesetzlicher Vertreter 2

Gesetzlicher Vertreter 3

Gesetzlicher Vertreter 4

Name

Name

Name

Name

Unterschrift

Unterschrift

Unterschrift

Unterschrift

Dokumente, die diesem Formular beizufügen sind (für jeden Unterzeichner):

- Beidseitige Kopie eines gültigen und gut lesbaren Ausweisdokuments
- Nachweis des Wohnsitzes (z. B. Aufenthaltsbescheinigung), nicht älter als 3 Monate

Für POST Finance reserviertes Feld

Autocollant guichet

Unterschrift

Wichtige Anmerkungen:

- Im Falle von Änderungen bezüglich der bevollmächtigten Personen oder ihrer Befugnisse müssen, die zur Vertretung des Unternehmens bevollmächtigten Personen POST Finance unverzüglich per Einschreiben darüber informieren. POST Finance haftet nicht für die Folgen, die sich aus Änderungen ergeben können, die nicht mitgeteilt wurden.
- Jedes neue Unterschriftenverzeichnis macht das vorherige Verzeichnis ungültig. Damit frühere Unterschriften weiterhin gültig sind, müssen also alle Unterschriften auf dem Verzeichnis erneuert werden.
- Dieses Formular wird von POST Finance aufbewahrt. Die darauf vermerkten Unterschriften sind nur für Transaktionen bei POST Finance gültig.

**Diese Informationen sind für die Verwaltung Ihres Kontos und der damit verbundenen Zahlungsmittel obligatorisch. Laut Gesetz haben Sie das Recht, auf Ihre Daten zuzugreifen, sie zu ändern und zu löschen sowie aus berechtigtem Grund gegen ihre Verarbeitung Einspruch zu erheben. Weitere Informationen finden Sie in der Rubrik Nutzungsbedingungen, wo Sie die Datenschutzerklärung einsehen können. www.post.lu*