

Bestellung Vertragsänderung Tarif Adresse Bankdaten

Vertragsnummer: _____

Kundennummer: _____

Berater: _____

Partner: _____

kabelplus GmbH, Südstadtzentrum 4, 2344 Maria Enzersdorf

Telefon 0800 800 514, Telefax 05 0514-2030

www.kabelplus.at, kundenservice@kabelplus.co.at**Kunde** Frau Herr Firma

Titel/Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Tel./Fax: _____

E-Mail: _____

Anschlussadresse

Straße: _____

Hausnr./Stiege/Tür: _____

PLZ/Ort: _____

Bestellung

Hiermit bestelle ich unter Einschluss der AGB und der derzeit gültigen Tarifblätter der kabelplus GmbH.

 fiberCLASS (monatlich) 50S 29,90* 100S 39,90* 200S 49,90* 300S 69,90* fiberTV** (monatlich) 10,00 fiberTEL** (monatlich) erste Amtsleitung 0,00 zweite Amtsleitung 5,00 Rufnummernmitnahme (einmalig) 29,00 Einzelgesprächsnachweis 0,00Telefonbucheintrag ja nein

Hardwaremiete (monatlich) WLAN-Router 1,90

Einmalige Entgelte: € 99,-

Sonstiges: _____

KundendatenAusgewiesen durch: Personalausweis Reisepass Firmenbuch Führerschein

Nummer: _____

Ausstellungsdatum: _____

Von (Behörde): _____

Kundenkennwort (frei wählbar: 6-12 Zeichen): _____

Rechnung Ich wünsche keine Rechnung per Post an Anschlussadresse als PDF an folgende E-Mail Adresse: _____ abweichende Rechnungsanschrift: _____

Name: _____

Straße: _____

Hausnr./Stiege/Tür: _____

PLZ/Ort: _____

SEPA-Lastschriftmandat (verpflichtend)

Kontoinhaber (optional Adresse): _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ich ermächtige die kabelplus GmbH, Südstadtzentrum 4, 2344 Maria Enzersdorf, widerruflich, Zahlungen wie vereinbart von meinem Konto mittels SEPA-Lastschriften einmalig oder wiederkehrend einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von kabelplus GmbH auf mein Konto gezogenen SEPA Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Creditor ID: AT87ZZZ00000007391

Datum/Unterschrift des Kontoinhabers/Zeichnungsberechtigten _____

Übersiedlung (nur für Bestandskunden)Kündigung von: kabelTV kabelNET kabelTEL Paket**Anschlussadresse des gekündigten Vertrages**

Straße: _____

Hausnr./Stiege/Tür: _____

PLZ/Ort: _____

Datum/Unterschrift des Vertragspartners _____

Unterschrift

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Ich bestätige die allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) der kabelplus GmbH und die beiliegenden Tarifblätter gelesen zu haben und anerkenne diese als integrierten Bestandteil des Vertrags. Mit meiner Unterschrift wird die Kenntnisnahme der „Information gemäß §11 FAGG sowie §3 KSchG“ bestätigt und um Beginn der Dienstleistung vor Ablauf der Rücktrittsfrist gemäß §10 FAGG ersucht. Ich stimme gemäß §107 TKG 2003 bis auf jederzeitigen Widerruf zu, dass kabelplus meinen Namen, Anschrift und meine weiteren Datenangaben aus diesem Vertrag, wie E-Mailadresse, Telefonnummern, etc. verarbeiten und verwenden darf, um mir Informationen während und nach Beendigung des Vertragsverhältnisses über deren Angebote und Aktivitäten per Post, elektronischer Post oder telefonisch sowie persönlich auch zu Werbezwecken zukommen zu lassen. Ein Widerruf dieser Zustimmung hat keinen Einfluss auf das Vertragsverhältnis. Mindestvertragsdauer 24 Monate.

Datum/Unterschrift des Vertragspartners _____

* zzgl. Servicepauschale: jährlich 15,00 €, Hardwaremiete, Preis in Euro inkl. MwSt.

**nur in Verbindung mit fiberCLASS verfügbar.