




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: _____**Kundendaten**Ausgewiesen durch: Personalausweis Reisepass
 Firmenbuch Führerschein
Nummer: _____ Ausstellungsdatum: _____
Von (Behörde): _____
Kundenkennwort (frei wählbar: 6-12 Zeichen): _____**Anschlussadresse**Straße: _____
Hausnr./Stiege/Tür: _____
PLZ/Ort: _____**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: _____**Bestellung**

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

	fiberCLASS (monatlich) <input type="checkbox"/> 30	29,90*
	<input type="checkbox"/> 50	34,90*
	<input type="checkbox"/> 100	39,90*
	<input type="checkbox"/> 150	54,90*
	<input type="checkbox"/> 250	74,90*
	fiberTV** (monatlich) <input type="checkbox"/>	10,00
	fiberTEL** (monatlich) <input type="checkbox"/> erste Amtsleitung	0,00
	<input type="checkbox"/> zweite Amtsleitung	5,00
	<input type="checkbox"/> Rufnummernmitnahme (einmalig)	29,00
	<input type="checkbox"/> Einzelgesprächsnachweis	0,00
	Telefonbucheintrag <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Hardwaremiete (monatlich) WLAN-Router	1,90
	Einmalige Entgelte: € 99,-	
	Sonstiges:	

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: AT87ZZZ0000007391

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, Preise in Euro inkl. MwSt.

**nur in Verbindung mit fiberCLASS verfügbar.