

Bestellung Vertragsänderung

☐ Tarif ☐ Adresse ☐ Bankdaten

Vertragsnummer..... Kundennummer.....

Berater..... Partner.....

Hilfe beim Ausfüllen
erhalten sie unter:
0800 800 514

Bitte in
Blockbuchstaben
ausfüllen

kabelplus
WEB . TV . TEL

kabelplus GmbH, Südstadtzentrum 4, 2344 Maria Enzersdorf,
Telefon 0800 800 514, Telefax 05 0514-2030
www.kabelplus.at, kundenservice@kabelplus.co.at

Kundendaten

Frau	Herr	Firma
Titel/Vorname:		
Nachname/Firmenname:		
Geb.Datum:		
Erreichbar unter:		

Anschlussadresse

Straße:
Hausnr./Stiege/Tür:
PLZ/Ort:

Bestellung

Hiermit bestelle ich unter Einschluss der AGB und der derzeitig gültigen Tarifblätter der kabelplus GmbH		
Pakete (monatlich)	complete	twin
	light 29,90*	light 29,90*
	basic 39,90*	basic 32,90*
	smart 49,90*	smart 42,90*
	power 79,90*	power 72,90*
	magic 149,90*	
	twin TV	20,90
kabel TV (monatlich)	bei jährlicher Zahlung	17,08
	bei halbjährlicher Zahlung	17,67
	bei vierteljährlicher Zahlung	18,00
	bei monatlicher Bezahlung	18,50
kabel NET (monatlich)	light	19,90*
	basic	29,90*
	smart	39,90*
	power	69,90*
kabel TEL (einmalig)	zweite Amtsleitung	5,00
	Rufnummernmitnahme	29,00
	Einzelgesprächsnachweis	0,00
	Telefonbucheintrag ja nein	
Mindestvertragsdauer:	12 Monate 24 Monate	
Modem (einmalig)	Standard-Modem	0,00
	WLAN Modem	37,00
Modemkaution (einmalig)	wird bei Retournierung rückerstattet	75,00
Sonstiges		
* zzgl. Servicepauschale : jährlich 15,00		

Ausgewiesen durch	Personalausweis	Reisepass
	Firmenbuch	Führerschein
Nummer		
Von (Behörde)		
Ausstellungsdatum		
Kundenkennwort (frei wählbar, 6-12 Zeichen)		

Rechnung

Ich wünsche keine Rechnung
als PDF an folgende e-mail Adresse (verpflichtend für alle Pakete ausgenommen twinTV)
per Post an Anschlussadresse
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

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 anerkennen diese als integrierenden Bestandteil des Vertrags. Mit 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 bis auf jederzeitigen Widerruf zu, dass kabelplus meinen Namen, Anschrift und meine angeführte oder zugeteilte E-Mail Adresse verarbeiten darf, um mir Informationen über deren Angebote sowie über deren Aktivitäten per Post oder per elektronischer Post zuzusenden.
Datum/Unterschrift des Vertragspartners

Übersiedlung

Kündigung von	kabelTV	kabelTEL
	kabelNET	Paket
Anschlussadresse des gekündigten Vertrages:		
Straße		
Hausnr./Stiege/Tür		
PLZ/Ort		
Datum/Unterschrift des Vertragspartners		