

IP-Adresse / Netz: . . . / . . . (nicht ausfüllen)

Allgemeine Daten

Name der Schule _____ Schulkenzahl _____

PLZ _____ Ort _____

Straße _____ Hausnr. _____

Kontaktperson _____ Vorwahl / Rufnummer _____

Standort wie oben / oder

PLZ _____ Ort _____

Straße _____ Hausnr. _____

Herstellung / Änderung von CNT/ TSN Access

- Neuerstellung (Einmalige Installationskosten) € 290,-- exkl. USt.
- Sonstiges (Bandbreitenänderung, IP-Adressänderung)

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> TSN 1
1024 kbit/s
(symetrisch)
€ 29,--/Monat | <input type="checkbox"/> TSN 2
2048 kbit/s
(symetrisch)
€ 49,--/Monat | <input type="checkbox"/> TSN 4
4096 kbit/s
(symetrisch)
€ 89,--/Monat | <input type="checkbox"/> TSN xx
höhere kbit/s
(symetrisch)
auf Anfrage |
|---|---|---|--|

Angaben aller Preise in EURO exkl. USt.

Sonstige Anmerkungen

Anderslautender Rechnungsempfänger

Familienname, Vorname / Firmenname

PLZ

Ort

Die Vertragsabwicklung erfolgt ausschließlich zu den Bedingungen des Angebots CNT / TSN Schulen und zu den Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) der IKB AG in der jeweils geltenden Fassung. Die AGB können unter www.ikb.at abgerufen werden. Bei Nichterteilung einer Einzugsermächtigung fallen zusätzliche Kosten in der Höhe **von Euro 2,-** pro Rechnung an. Es gilt eine Mindestvertragsdauer von 12 Monaten als vereinbart.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Bitte senden Sie diese Bestellung an die Daten-Verarbeitung-Tirol GmbH,
Adamgasse 22, 6020 Innsbruck (Fax 0512 **508 3355**) - Danke.

Einzugsermächtigung: _____
Name/Firmennamen (Kontoinhaber)

Kontonummer

BLZ

Name der Bank

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Innsbrucker Kommunalbetriebe AG (IKB AG) widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos einzuziehen. Damit ist auch meine/unsere kontoführende Bank ermächtigt, die Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann nicht, wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich/Wir habe(n) das Recht, innerhalb von 42 Kalendertagen ab Abbuchungstag ohne Angaben von Gründen die Rückbuchung bei meiner/unserer Bank zu veranlassen.

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber