

Vorortanalyse für A1 DaMe Service



Kundendaten, nur für bestehende Kunden (Finden Sie auf Ihrer A1 Rechnung)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Kundennummer

Verrechnungskonto

Bestehende Anschlussnummer (inkl. Vorwahl)

Bitte schreiben Sie in Großbuchstaben linksbündig und innerhalb der Kästchen. Die mit „*“ markierten Felder sind Pflichtfelder.

* Persönliche Daten

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Ordination/Name		Geburtsdatum (TTMMJJJJ)
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Fachrichtung		Vertragspartner Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ord. Nr.
PLZ	Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	Hausnummer	Block
		Stiege
		Stock
		Tür
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Kontakt E-Mail-Adresse		Mobiltelefon

Vorortanalyse für A1 DaMe Service Teilnehmer

(Für einen reibungslosen Installationsablauf bitte das Formular vollständig ausfüllen und gemeinsam mit der Bestellung an uns senden.)

Telefonanlage

freier Telefonanschluss vorhanden	ISDN	POTS
Nebenstelle mit SO Bus	Ja	Nein

Hard- und Software

Sind die PC untereinander vernetzt?	Ja	Nein
-------------------------------------	----	------

Ansprechpartner bei EDV-Firma	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name		Rufnummer (tagsüber erreichbar)

Welche Praxissoftware wird verwendet?	<input type="text"/>
---------------------------------------	----------------------

Ansprechpartner bei Praxissoftwarehersteller	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name		Rufnummer (tagsüber erreichbar)

Wird elektronischer Befundtransfer bereits eingesetzt?	Ja	Nein	<input type="text"/>
			Provider

Haben Sie einen Breitband Internet Zugang (ADSL)?	Ja	Nein	<input type="text"/>
			Provider

Berater	<input type="text"/>
---------	----------------------

Mögliche Installationstage

Montag bis Donnerstag: vormittags und nachmittags	Terminwunsch	<input type="text"/>
Freitag: vormittags		Datum (TTMMJJJJ)

Bitte senden Sie diese Bestellung unterschrieben per Fax an +43 50664 44215 oder per E-Mail an dataweb.anmeldung@a1.at
Weitere Informationen erhalten Sie unter 0800 664 828.



SEPA Lastschrift Mandat

SEPA Direct Debit Mandate



Die mit „*“ markierten Felder sind Pflichtfelder/The fields with an „*“ are mandatory



* Persönliche Daten des Vertragsinhabers/Personal data contract owner

Name - Firmenname/Company name		
Straße/Street		
Länderkennung/ Country code	PLZ/Postcode	Ort/City or town

Zahlungsempfänger/Payment recipient

A1 Telekom Austria AG; Postfach 1001, A-1011 Wien; Creditor ID: AT57ZZZ00000001044

Kontoinhaber/Account holder (Falls nicht ident mit dem Vertragspartner/If different from contracting party)

Name - Firmenname/Company name

Wiederkehrende Lastschrift/Recurring debit

IBAN	
BIC	

A1 Kundendaten/Customer details

Mobile Rufnummern oder Vertragsnummern/Mobile telephone numbers or contract numbers

Vorwahl/Area code	Rufnummer/Telephone number	/	Vertragsnummer/Contract number	
Vorwahl/Area code	Rufnummer/Telephone number	/	Vertragsnummer/Contract number	
Vorwahl/Area code	Rufnummer/Telephone number	/	Vertragsnummer/Contract number	
Vorwahl/Area code	Rufnummer/Telephone number	/	Vertragsnummer/Contract number	

Festnetz Rufnummern oder Vertragsnummern/Landline telephone numbers or clearing accounts

Vorwahl/Area code	Rufnummer/Telephone number	/	Verrechnungskonto/Clearing account	
Vorwahl/Area code	Rufnummer/Telephone number	/	Verrechnungskonto/Clearing account	
Vorwahl/Area code	Rufnummer/Telephone number	/	Verrechnungskonto/Clearing account	
Vorwahl/Area code	Rufnummer/Telephone number	/	Verrechnungskonto/Clearing account	

* Mit Unterzeichnung dieses Mandats ermächtige ich A1 Telekom Austria AG, Zahlungen von meinem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von A1 Telekom Austria AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von 56 Tagen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung der per Lastschrift eingezogenen Zahlung verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Hinweis: Meine Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich von meinem Kreditinstitut erhalten kann.

By signing this mandate form you authorise (A) A1 Telekom Austria AG to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from A1 Telekom Austria AG. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 56 days starting from the date on which account was debited.

Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Unterschrift/Signature

Datum/Date

Bitte zurücksenden an/Please return to A1 Telekom Austria AG - Postfach 1001 - A-1011 Wien

