

Zustimmung zu einem Providerwechsel

Bitte dieses Formular per Post/Fax an Ihren bisherigen Provider und an uns senden.
Unsere Faxnummer: 040 830 829 83

Bisheriger Provider:

Firmenname

Anschrift

PLZ / Ort

Telefon / Fax

Kunde / Admin C

Firma

Vorname, Name

Straße, Nr.

PLZ / Ort

Telefon (für Rückfragen) / Fax

E-Mail Adresse

Kundennummer beim bisherigen Provider, Bemerkungen

Domainname: _____

Hiermit teile ich Ihnen mit, dass die oben genannte Domain sofort zu einem anderen Provider übernommen werden soll. Dieser Umkonnectierung (KK) stimme ich als Inhaber / Admin-C ausdrücklich zu und fordere Sie auf, der in Kürze kommenden KK-Anfrage des zuständigen Registrars, Denic-5 StratoAG, statt zu geben.

Gleichzeitig kündige ich sofort alle mit dieser Domain Verbindungen Tarife / Produkte bei Ihnen.

Ort, Datum

Unterschrift des Admin-C (ggf. Stempel)