

Zustimmung zu einem Providerwechsel (KK)

Bitte dieses Formular per Post/Fax an Ihren bisherigen Provider und an uns senden.
Unsere Faxnummer: 030-81452752

Bisheriger Provider:

Firmenname

Anschrift

PLZ / Ort

Telefon / Fax

Kunde / Admin-C

Firma

Vorname, Name

Straße

PLZ / Ort

Telefon / Fax

E-Mail-Adresse

Kundennummer beim bisherigen Provider

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 (Regworld GmbH, Cronon AG oder StratoAG) statt zu geben.

Gleichzeitig kündige ich sofort alle mit diesem Domain verbundenen Tarife / Produkte bei Ihnen.

Ort, Datum

Unterschrift des Inhabers bzw. Admin-C