Zustimmung zu einem Providerwechsel (KK)

Bitte auf folgende Faxnummer senden:
+49-(0)69-28 79 29

Domainname

Domainname

Bisheriger Provider:

Firmenname

Telefon / Fax

Inhaber der Domain:

Vorname, Name

Strasse

PLZ / ORT

Telefon / FAX

Email

Kundennummer(Falls vorhanden)

Administrativer Kontakt (Admin-C)

Vorname, Name

Strasse

PLZ / ORT

Telefon / FAX

Email

Neuer Provider: TWINWAVE ISP

Ich als Inhaber / Admin-C stimme dieser Umkonnektierung (KK) der Domain zu und fordere Sie hiermit ausdrücklich auf, der in Kürze kommenden KK-Anfrage statt zu geben. Bei einer Ablehnung behalte ich mir das Recht auf Schadensersatzansprüche vor. Bitte senden Sie mir den Auth-Code umgehend zu.

Datum Unterschrift des Inhabers

Unterschrift des Admin-c

ggf. Ihr Stempel

© 1996 - 2015 TWINWAVE ISP