

Dette skjemaet er for eksisterende ACN fast forvalg kunder.

Vennligst skriv tydelig med store bokstaver ved hjelp av svart blekk, og bare på de angitte områdene.  
Alle relevante felt må være ifyllt.

## 1 Kundeinformasjon

Kundenummer

Vær vennlig å tast inn de 8 sist siffer på dit ACN kundenummer.  
Kundenummeret finner du på din faktura.

Fornavn/Firmanavn

Etternavn

Kontaktperson

Kontakttelefonnummer

E-post adresse

## 2 Flytting av linje

Vær oppmerksom på at en flytt kan ta inntil 10 dager fra bestilling dato.

Hovednummer

Linjetype

Flyttedato

Gate/vei

Nummer

Tilleggsnummer (ex. Ved ISDN)

Postnummer

Alternativ adresse

By/Sted

## 3 Kunde Godkjenning

Jeg godkjenner at ACN kan ta alle nødvendige skritt for å fullføre bestillingen min ovenfor. Jeg bekrefter og forstår at bare komplette ordrer, som er i samsvar med ACNs generelle vilkår som er tilgjengelig på [www.myacn.eu](http://www.myacn.eu), vil bli fullført.

Underskrift \_\_\_\_\_

Dato

--	--	--