

Vær venlig at faxe denne aftale til:
35 25 02 99

Eller send den til:
ACN Danmark A/S
Drottning Kristinas væg 4
66230 ÅMÅL, Sverige

SKRIV TYDELIGT MED BLOKBOGSTAVER OG SORT PEN

1 Kundedata (obligatorisk rubrik – skal udfyldes)	
Kundens navn:	<input type="text"/>
ACN-kontonummer:	<input type="text"/>
Kundens telefonnummer:	<input type="text"/>
Kontaktpersons mobilnummer:	<input type="text"/>

2 Adresseændring	
Telefonnummer der skal flyttes:	<input type="text"/>
Ny adresse:	<input type="text"/>
Nyt husnummer:	Etage (hvis relevant): <input type="text"/>
Nyt postnummer:	<input type="text"/>
By:	<input type="text"/>
Flyttedato: (DD-MM-ÅÅÅÅ)	<input type="text"/>
Ny adresse for nuværende telefonnummer (hvis relevant):	<input type="text"/>
Type af forbindelse, der skal flyttes:	<input type="checkbox"/> Analog <input type="checkbox"/> ISDN2
<input type="checkbox"/> Montering af ekstra telefonstik	
Vær venligst opmærksom på at der gælder andre priser, hvis den nye adresse ikke har nogen telefonforbindelse.	

3 Ændring af type af forbindelse	
Vælg en ny type af forbindelse:	<input type="checkbox"/> Analog <input type="checkbox"/> ISDN2
Hvis ISDN2, vælg venligst mellem:	<input type="checkbox"/> 'Gør det selv' <input type="checkbox"/> Tekniker

4 Yderligere underliggende ISDN-numre (kun ISDN-kunder)	
Antal af underliggende numre der skal tilføjes:	<input type="text"/>

5 Hemmeligt nummer/udeladt nummer	
<input type="checkbox"/> Hemmeligt nummer	<input type="checkbox"/> Udeladt nummer
Ændring af eksisterende telefonnummer ønskes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

6 Opsigelse af abonnement	
Telefonnummer der skal opsiges:	<input type="text"/>
Dato for opsigelse: (DD-MM-ÅÅÅÅ)	<input type="text"/>
For overførsel, anfør venligst den nye leverandør, der er valgt:	
<input type="text"/>	

7 Henvisning	
Hvis der er anmodet om hemmeligt nummer og/eller opsigelse af abonnement, bedes oplyst om der er brug for en af følgende muligheder:	
<input type="checkbox"/> Henvisning i 3 måneder	<input type="checkbox"/> Forlænget henvisning i 1 måned
<input type="checkbox"/> Forlænget henvisning i 3 måneder	<input type="checkbox"/> Pris pr. henvisning efter 3 måneder

8 Sammenlægning af kontoer	
Vær venlig at sammenlægge min ACN-konto:	<input type="text"/>
med min anden ACN-konto:	<input type="text"/>
Oplysninger om den anden konto vil blive bevaret.	

9 Andet	
<input type="text"/>	

10 Kundens underskrift (obligatorisk rubrik – skal udfyldes)	
By:	<input type="text"/>
Dato: (DD-MM-ÅÅÅÅ)	<input type="text"/>
Underskrift:	<input type="text"/>
Navn:	<input type="text"/>
For priser på de ovennævnte produkter henvises der til ACNs prisliste.	