

**ANMELDUNG FÜR KOMBI-PLUS PAKET
KABEL TV & INTERNET IN SCHENKENFELDEN**

WAHL:	Tarif:	Leistung:	Preis/ Monat:	Down/Up:
inkl.	Kabel-TV HD TV Digital VoIP Telefonie	32 aufbereitete Programme ca. 190 Programme, ca. 60 Radioprogramme Talk2U Analogtelefonanschluss/Fax		
<input type="radio"/>	Internet TV-Kombi S	Fair Flat	29,90 €	20 / 15 Mbit/s
<input type="radio"/>	Internet TV-Kombi M	Fair Flat	39,90 €	40 / 15 Mbit/s
<input type="radio"/>	Internet TV-Kombi L	Fair Flat	51,90 €	80 / 40 Mbit/s

Hinweise:

- Aktivierung : GRATIS Herstellung für Bestandskunden Kabel-TV; € 29,90 inkl. MwSt. bei Neuanschluss
- Mindest-Abodauer: 24 Monate; Kündigungsfrist: 3 Monate im Voraus und nur in schriftlicher Form
- Fair Flat: Unbegrenzte Datenmenge
- Modemkaution:
 - Standardmodem CISCO EPC3208G € 98,- inkl. MwSt.
 - FRITZ!Box 6490 Cable € 189,- inkl. MwSt.
 (Bei unsachgemäßer Behandlung oder Verlust wird die Kaution nach Vertragsende nicht ausbezahlt; abzüglich AFA =15% je Jahr und nur mit Originalverpackung)
- Optional: Digital TV: DVB-C Box ab € 199,- inkl. MwSt.; ORF-Digitalpaket € 75,- inkl. MwSt.
- Optional: VoIP Telefonie: www.talk2u.at/heinzl sind Tarife und Anmeldeformular zum Download bereit
- bei VoIP Benutzung werden € 4,90 zusätzlich als Bereitstellungsentgelt verrechnet
- Optional: WLAN-Router ab € 87,- inkl. MwSt.

Kundendaten	
Nachname:	Vorname:
Straße:	
PLZ:	Ort:
Tel:	Email (falls bestehend):

Wunsch E-Mail Adresse:.....@ktv-heinzl.at

Unterschrift Kunde

SEPA-Lastschrift-Mandat

Mandatsreferenz:.....

Zahlungsempfänger: Josef Heinzl – Elektrosysteme
Linzer Straße 15, 4192 Schenkenfelden

Creditor ID: AT75ZZZ00000012069

Verwendungszweck: Kombi Plus Paket

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen die Firma Josef Heinzl Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Firma Josef Heinzl auf mein/unser Konto gezogene SEPA-Lastschrift einzulösen.

Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger:	
Nachname:	Vorname:
Straße:	
PLZ:	Ort:
IBAN:	BIC:

Ort, Datum _____ Unterschrift: _____