

Wechsel der Domainverwaltung (Providerwechsel)

(Nur auszufüllen, wenn Sie bereits über eine Domain verfügen und diese künftig von der DGN Service GmbH betrieben und verwaltet werden soll.)

Persönliche Angaben (bitte ausfüllen)

Name, Vorname (im folgenden Teilnehmer genannt)	
Praxis-/Institutsanschrift: Straße, Hausnummer / Postfach	
Postleitzahl, Ort	Geburtsdatum (freiwillige Angabe)
Telefon geschäftlich	Telefon privat (freiwillige Angabe)
Fax (freiwillige Angabe)	E-Mail-Adresse
Zugehörigkeit zum Verband/-Verein	
Zugehörigkeit der LAK / LÄK / LZÄK	Institutions-Kennzeichen

Bitte senden Sie das ausgefüllte Original an folgende Adresse!

Firmensitz:
DGN Deutsches
Gesundheitsnetz Service GmbH
Richard-Oskar-Mattern-Str. 6
40547 Düsseldorf

Geschäftsführung:
Ansgar Geist

Düsseldorf
Amtsgericht Düsseldorf
HRB 35357

Fragen?
Tel.: (0180) 220 28*
www.dgn-service.de
* 6 Cent je Verbindung

Zutreffendes bitte ankreuzen: Arzt/Ärztin Apotheker/in Zahnarzt/Zahnärztin Selbständige(r) Angestellte(r)

Auftrag zur Domain

Hinweis

Für die Übertragung Ihrer Domain auf den Dienstleister DGN Service GmbH benötigt die Registrierungsbehörde von Ihnen (Domain-Inhaber) oder dem Admin-C der Domain (bisheriger Betreiber) eine schriftliche Einverständniserklärung. Bitte füllen Sie den Bogen aus und faxen Sie diesen mit dem Auftragsformular für die Anmeldung einer Domain (ApoNet Professional Domain) an folgende Faxnummer: 0211 770 08 165.

Erklärung

Als Inhaber oder Admin-C (nicht zutreffendes bitte streichen) der Domain:

_____ .de

stimme ich der Übertragung der Domain auf den Provider DGN Service GmbH, Richard-Oskar-Mattern-Str. 6, 40547 Düsseldorf, zu.

_____ Ort

_____ Datum

Unterschrift und Stempel des Inhabers oder Admin-C

Einzugsermächtigung (bitte unbedingt ausfüllen)

Hiermit ermächtige ich die DGN Service GmbH widerruflich, die Rechnungen im Lastschriftverfahren per Einzugsermächtigung von folgendem Konto abzubuchen. Die Bedingungen für die Teilnahme am Lastschriftverfahren erkenne ich an.
Hinweis: Die Einrichtung erfolgt nur bei Zustimmung zum Lastschriftverfahren und Angabe der vollständigen Bankverbindung.

_____	_____	_____	_____
Konto-Nr.	Bankleitzahl	Ort, Datum	Unterschrift Kontoinhaber