

# Anbieterwechselauftrag von Stadtwerke Flensburg GmbH



## Kündigung von Anschlüssen beim Endkundenvertragspartner abgebend (EKPag)

(separate Kündigung beim bisherigen Anbieter nicht erforderlich)

Hiermit kündige/n ich/wir den zu unten gemachten Angaben gehörenden Anschluss bei: \_\_\_\_\_  
zum nächst möglichen Termin.



## Hiermit beauftrage/n ich/wir die Portierung (Mitnahme) der angegebenen Rufnummer/n.

Name/Firma : \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_



alle Nr. der  
Anschlüsse  
portieren

Ortsnetzkennzahl

Rufnummer/n

(Achtung, es muss mindestens eine Rufnummer angegeben werden!)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telekommunikations-  
anlagen:

Durchwahl-RN

- Abfragestelle

Rufnummernblock:

\_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_



Vertragspartner und ggf. Firmenstempel

von den beteiligten Endkundenvertragspartnern (EKP) auszufüllen	WBCI-GF: <input type="text" value="VA_KUE_MRN"/>	Vorab-ID: _____	Änderungs- / Storno-ID _____
	PKlauf: <u>D027</u>	Wechseltermin: <u>schnellstmöglich</u>	neuer Wechseltermin: _____
	Portierungsfenster: <input checked="" type="checkbox"/> 06:00 - 8:00 Uhr	<input type="checkbox"/> 06:00 - 12:00 Uhr	<input type="checkbox"/> _____
	Rückinformation an: <u>Stadtwerke Flensburg</u>	über Fax/E-Mail: <u>0461 487-2544</u>	Tel.: <u>0461 487-3400</u>
	Ressourcenübernahme: <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein	Sicherer Hafen: <input type="checkbox"/>	Storno ausgeführt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Zustimmung: ZWA <input type="checkbox"/> NAT <input type="checkbox"/> ADA <input type="checkbox"/>	Datum: _____	Ist-Technologie: <input type="text"/>
	WITA: <input type="checkbox"/> S/PRI: <input type="checkbox"/>	WITA-Vertragsnummer / Line-ID: _____	
	Grund: _____		
	Ablehnung: ADF <input type="checkbox"/> KNI <input type="checkbox"/> VAE <input type="checkbox"/> RNG <input type="checkbox"/> WAI <input type="checkbox"/> AIF <input type="checkbox"/> SON <input type="checkbox"/>		
	Ortsnetzkennzahl _____	Rufnummer/n _____	PKI abg _____
Ansprechpartner _____ über Fax/E-Mail: _____		Tel.: _____	
interne Bemerkungen			