



Antrag auf Zuteilung einer Premium Rate-Rufnummer

(0)900

Außenstelle Nürnberg; Dienstleistungszentrum 22
Marquardstr. 27-29; 36039 Fulda Fax: 0180 311 0900
Festnetzpreis 9 ct/min; Mobilfunkpreise maximal 42 ct/min

Antrags-Nr.: 9000000000000

Bitte füllen Sie dieses Antragsformular gemäß dem **Hinweisblatt 0900** aus.
Gem. §§ 13 und 14 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) wird darauf hingewiesen, dass die erhobenen Daten zur Bearbeitung Ihres Antrags gespeichert werden. Erforderlichenfalls erfolgt eine automatische Verarbeitung sowie eine Übermittlung Ihrer Daten an die Bundeskasse zum Zwecke des Inkasso.

Daten zum Antragsteller

1 Kundennummer Geb.-Datum: . . Herr Frau Firma

2 Name (Firma)

3 Vorname (weiter Firma)

4 Straße / Hausnr. /

5

6 Land / PLZ / Ort / /

7 Telefon Fax

8 Ansprechpartner Vorname / Name /

Daten zur Premium Rate-Rufnummer

9 Inhaltekennung gemäß Freiwillige Selbstkontrolle für Telefonmehrwertdienste e. V. (1, 3 oder 5)
1: Information
3: Unterhaltung
5: Beliebiger Inhalt

10 Wunschrufnummer

11 1. Ersatzwunsch

12 beliebige Rufnummer, falls kein Wunsch realisierbar

13 2. Ersatzwunsch

13 wirksam ab . .

13 3. Ersatzwunsch

13 4. Ersatzwunsch

Bevorrechtigung (1 - 2)

Mögliche Bevorrechtigungen (müssen durch Anlage nachgewiesen werden):
1: Eingetragenes Schutzrecht
2: Namensrecht

Daten zum allgemeinen Zustellungsbevollmächtigten (Sofern Antragsteller mit Sitz im Ausland (Pflichtfeld))
Antragsteller mit Sitz im Inland können hier einen Empfangsbevollmächtigten benennen

14 Name (Firma) Herr Frau

15 Vorname (weiter Firma) Firma

16 Straße / Hausnr. /

17 Land / PLZ / Ort / /

Daten zum Rechnungsbevollmächtigten (Sofern abweichend vom Antragsteller)

18 Name (Firma) Herr Frau

19 Vorname (weiter Firma) Firma

20 Straße / Hausnr. /

21 Land / PLZ / Ort / /

22 Ihr Zeichen Die Entscheidung über die Zuteilung ist nach § 142 TKG gebührenpflichtig.

23 Anlagen: Seiten Antragsdatum . .

Unterschrift





Antrag auf Zuteilung einer Premium Rate-Rufnummer (Anlage)

(0)900

Außenstelle Nürnberg: Dienstleistungszentrum 22
Marquardstr. 27-29; 36039 Fulda Fax: 0180 311 0900
Festnetzpreis 9 ct/min; Mobilfunkpreise maximal 42 ct/min

90000000000000 (Antrags-Nr.)

Bitte füllen Sie dieses Antragsformular gemäß dem **Hinweisblatt 0900** aus.
Gem. §§ 13 und 14 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) wird darauf hingewiesen, dass die erhobenen Daten zur Bearbeitung Ihres Antrags gespeichert werden. Erforderlichenfalls erfolgt eine automatische Verarbeitung sowie eine Übermittlung Ihrer Daten an die Bundeskasse zum Zwecke des Inkasso.

Daten zum gesetzlichen Vertreter (Pflichtfelder zur ladungsfähigen Anschrift, sofern nicht identisch mit Antragstellerangaben)		Herr	Frau
24	Name	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Vorname		
26	Straße / Hausnr.		
27	Land / PLZ / Ort		
28	Land / PLZ / Ort (Firmensitz)		
29	Straße / Hausnr. (Firmensitz)		
30	sofern vorhanden Handelsregisternr.		
31	sofern vorhanden Amtsgericht		
Daten zu einem weiteren gesetzlichen Vertreter		Herr	Frau
32	Name	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Vorname		
34	Straße / Hausnr.		
35	Land / PLZ / Ort		
Daten zu einem weiteren gesetzlichen Vertreter		Herr	Frau
36	Name	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Vorname		
38	Straße / Hausnr.		
39	Land / PLZ / Ort		