|  |
| --- |
| **Auftragsdatum:**  |

|  |
| --- |
| **Antragsteller** |
|  |
|  | Kundennummer |       |
|  |
|  | Departement / Amt |       |
|  |
|  | Firma / Abteilung |       |
|  |
|  | Vorname |       |
|  |
|  | Name |       |
|  |
|  | Strasse |       |
|  |
|  | PLZ / Ort |       |
|  |
|  | Telefon |       |
|  |
|  | E-Mail |       |
|  |
| **Senden an: Abraxas Informatik AG, Customer Service** *(an Bestellung anhängen im Portal oder zusätzlich per Mail an cs@abraxas.ch)* |
|  St.Leonhard-Strasse 80, 9001 St. Gallen |  E-Mail: cs@abraxas.ch |

*Das Formular muss* ***bei Löschungen*** *von Accounts* ***nicht ausgefüllt*** *werden. Die Bestellung im Portal ist ausreichend.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Abraxas Remote Access** Lieferfrist 5 Arbeitstage |  |  |  |
|  |  |  |
| **Wunschtermin\***  |   |

|  |
| --- |
|  |
| **Remote Access Account** (Standardzugriffe) [ ]  **Neu**  [ ]  **Löschen**  [ ]  **Mutieren** |
|  |
| Name |       |  | Firma |       |
| Vorname |       |  | Abteilung |       |
| Benutzername |       |  | Strasse |       |
| Mobile-Nr. |       |  | PLZ |       |
| E-Mailadresse |       |  | Ort |       |
|  |
|  |
| Zugriff einrichten analog*Name/Vorname/UserID* |       |
|  |
| **Remote Access Account Anmelden Abmelden**  |
|  |
|  | **SMS Authentisierung** | [ ]  | [ ]  |
|  | **Token Authentisierung** => Tokenserien-Nr. *(falls vorhanden)*        | [ ]  | [ ]  |
|  | - Versand Token an: Antragsteller [ ]  Benutzer [ ]   |  |  |
| Erweiterter Zugriff (gemäss Zusatzangaben zum Zugriffstandort) | [ ]  | [ ]  |
|  |

|  |
| --- |
| **Erweiterter Zugriff – Zusatzangaben zum Zugriffstandort**  |
| Amt-/Gemeinde |       |  | IP-Adresse/Netzwerk |       |
| Abteilung |       |  |
| Verantwortlicher |       |  | Servername/Netzwerkname |       |
| Telefon |       |  |
|  |
| **Bemerkungen** |
|       |
|       |
|       |
|       |

|  |
| --- |
| **Unterschriften** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Antragsteller** | **Verantwortliche(r) Zugriffsstandort (Server)** |
| Datum |       |  | Datum |       |
| Name |       |  | Name |       |
| Vorname |       |  | Vorname |       |
| Unterschrift |  |  | Unterschrift |  |

*Bitte füllen Sie dieses Formular aus und fügen es unterschrieben als Attachment der Bestellung im KOM SG-Portal an. Es kann zusätzlich zur Bestellung auch per Mail an cs@abraxas.ch gesandt werden (Bestellnummer bitte angeben).*