

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DOSTĘP DO KABLI TELEKOMUNIKACYJNYCH		Rodzaj prac	
		planowe	TAK
		doraźne	NIE
Nr Decyzji DR.WIT.6080.2.2019			
OD: Skyware OSOBA UPRAWNIONA - WNIOSKUJĄCY			
Imię i nazwisko	Data zgłoszenia (rrrr-mm-dd gg:mm)	Numer Telefonu	Nazwa Firmy
OSOBY PRZEPROWADZAJĄCE PRACE: (wypełnia wnioskujący)			
Imię i nazwisko osób wizytujących	Numer dokumentu tożsamości	Numer Telefonu	Nazwa Firmy
województwo	miejsowość	nazwa ulicy	numer ulicy i lokalu
Nadzór OU:			
Czy prowadzony jest Nadzór OU?			NIE
Relacja Kabla telekomunikacyjnego	Termin dostępu		
	OD (rrrr-mm-dd gg:mm)	DO (rrrr-mm-dd gg:mm)	
Cel i opis aktywności:			
POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA (wypełnia przyjmujący)			
Imię i nazwisko	Data potwierdzenia (dd-mm-rr gg:mm)	Numer Zgłoszenia	
POTWIERDZENIE TERMINU DOSTĘPU (wypełnia przyjmujący)			
TAK	Imię i nazwisko		Data powiadomienia (rrrr-mm-dd gg:mm)
TERMIN ALTERNATYWNY *	OD (rrrr-mm-dd gg:mm)	DO (rrrr-mm-dd gg:mm)	
Informacje dodatkowe			
AKCEPTACJA ALTERNATYWNEGO TERMINU DOSTĘPU (wypełnia wnioskujący)			
NIE	Imię i nazwisko		Data powiadomienia (rrrr-mm-dd gg:mm)

(* nie dotyczy trybu awarii, wypełnić w przypadku braku potwierdzenia proponowanego terminu)

(** w przypadku braku akceptacji wnioskujący przesyła nowy formularz zgłoszenia)