



Miejscowość i data:

ZAMÓWIENIE NADZORU OI

I. DANE ADRESOWE OSD:

Nazwa firmy:	
Adres:	
Telefon/fax:	
NIP:	
E-mail:	

II. SPECYFIKACJA ZAMÓWIENIA NADZORU OI:

Węzeł OI	Nazwa węzła: Miejscowość: Relacja:
Sposób nadzoru:	<input type="checkbox"/> ciągły/gwarantowany <input type="checkbox"/> nieciągły
Termin Nadzoru OI (planowany):	Data: godzina: od..... do.....
Osoba upoważniona przez OSD do wykonywania prac:	Imię i nazwisko: Telefon kontaktowy:
Przewidywany zakres czynności:	

III. PODPIS OSD:

OSD
..... (imię i nazwisko, data)

Uzupełniony formularz prosimy przesłać na adres noc@oswss.pl.