

| FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DOSTĘP DO KABLI TELEKOMUNIKACYJNYCH | | Rodzaj prac | |
|---|--|--|----------------------|
| | | planowe | TAK |
| | | doraźne | NIE |
| Nr Umowy | | | |
| OD: OK, 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)