

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DOSTĘP DO KABLI TELEKOMUNIKACYJNYCH		Rodzaj prac	
		planowe	TAK
		dorażne	NIE
Nr Decyzji DHRT.WIT.6080.1.2017.47			
<b>OD: CONECT, OSOBA UPRAWNIONA - WNIOSKUJĄCY</b>			
Imię i nazwisko	Data zgłoszenia (rrrr-mm-dd gg:mm)	Numer Telefonu	Nazwa Firmy
<b>OSOBY PRZEPROWADZAJĄCE PRACE: (wypełnia wnioskujący)</b>			
Imię i nazwisko osób wizytujących	Numer dokumentu tożsamości	Numer Telefonu	Nazwa Firmy
województwo	miejsowość	nazwa ulicy	numer ulicy i lokalu
<b>Nadzór OU:</b>			
Czy prowadzony jest Nadzór OU?			NIE
Relacja Kabla telekomunikacyjnego	<b>Termin dostępu</b>		
	OD (rrrr-mm-dd gg:mm)	DO (rrrr-mm-dd gg:mm)	
<b>Cel i opis aktywności:</b>			
<b>POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA (wypełnia przyjmujący)</b>			
Imię i nazwisko	Data potwierdzenia (dd-mm-rr gg:mm)	Numer Zgłoszenia	
<b>POTWIERDZENIE TERMINU DOSTĘPU (wypełnia przyjmujący)</b>			
<b>TAK</b>	Imię i nazwisko		Data powiadomienia (rrrr-mm-dd gg:mm)
<b>TERMIN ALTERNATYWNY *</b>	OD (rrrr-mm-dd gg:mm)	DO (rrrr-mm-dd gg:mm)	
<b>Informacje dodatkowe</b>			
<b>AKCEPTACJA ALTERNATYWNEGO TERMINU DOSTĘPU (wypełnia wnioskujący)</b>			
<b>NIE</b>	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)