

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY			Tryb dostępu	
Rodzaj usługi:				
Podstawa prawna:				
DO: Orange Polska	spptp.swo@orange.com tel. 19333 fax. +48 22 699 12 23			
OD: KLIENT-OPERATOR, OSOBA UPRAWNIONA - WNIOSKUJĄCY				
Imię i nazwisko	Data zgłoszenia (rrrr/mm/dd gg:mm)	Numer Telefonu	Nazwa Firmy	
OSOBY PRZEPROWADZAJĄCE PRACĘ: (wypełnia wnioskujący)				
Imię i nazwisko osób wizytujących		Numer Telefonu Mobilnego	Nazwa Firmy	
TRYB SPRAWOWANIA NADZORU OPL:				
		Tryb ciągly/gwarantowany Tryb nieciągly		
MIEJSCE WYKONYWANIA PRAC:				
(wpisz kod pocztowy, a następnie sprawdź i zweryfikuj nazwy administracyjne z list wyboru)				
kod	województwo	powiat	gmina	miescowosc
			Termin dostępu	
			OD (rrrr/mm/dd gg:mm)	DO (rrrr/mm/dd gg:mm)
CEL I OPIS AKTYWNOŚCI:		Typ kabla	Skutki	
POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA (wypełnia przyjmujący)				
Imię i nazwisko	Data potwierdzenia (rrrr/mm/dd gg:mm)	Numer Zgłoszenia		
POTWIERDZENIE TERMINU DOSTĘPU (wypełnia przyjmujący)				
	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) **				
	Imię i nazwisko	Data powiadomienia (rrrr/mm/dd gg:mm)		

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

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