

## WZÓR ZAMÓWIENIA

ZAMAWIAJĄCY (OK)	
Podstawowe informacje	
Nazwa	
Adres	
Adres korespondencyjny	
NIP	
RPT	
Osoba kontaktowa – składający Zamówienie	
Imię i nazwisko	
Adres e-mail	
Telefon	
OSD	
Nazwa	SKYNET sp. z o.o.
Adres siedziby	Zielonki, ul. Warszawska 410, 05-082 Stare Babice
NIP	1181626429
RPT	3212

**1. Czy Zamawiający zawarł wcześniej z OSD Umowę Ramową?**

tak ☐

nie ☐

**2. Czy Zamawiający zawarł wcześniej z OSD Umowę szczegółową w zakresie Usługi BSA?**

tak ☐

nie ☐

**3. Czego dotyczy Zamówienie?**

Uruchomienie Usługi BSA ☐

Modyfikacja Usługi BSA ☐

Rezygnacja z Usługi BSA ☐

**4. Jeśli Zamówienie dotyczy Abonenta OK, to o jaki rodzaj czynności chodzi?**Zapytanie o podłączenie nowego Abonenta ☐Zapytanie o dezaktywację Abonenta ☐Zapytanie o uruchomienie Usługi detalicznej dla Abonenta ☐Zapytanie o rezygnację z Usługi detalicznej dla Abonenta ☐Zapytanie Biorcy o uruchomienie Usługi detalicznej dla Abonenta ☐Zapytanie Dawcy o rezygnację z Usługi detalicznej dla Abonenta ☐

SZCZEGÓŁY ZAMÓWIENIA	
Lokalizacja PDU	
PPDU (jeśli wybudowano)	
Specyfika Łącza Abonenckiego	
ID Łącza Abonenckiego	
Adres Abonenta	
Numer telefonu Abonenta	
Imię Abonenta	
Wnioskowana Przepustowość Usługi	
Wnioskowany DAU	
ONT	<input type="checkbox"/> OSD / <input type="checkbox"/> OK
Ewentualny wniosek o instalację i konfigurację CPE przez OSD	<input type="checkbox"/> tak / <input type="checkbox"/> nie
Wnioskowany okres udostępnienia Usługi	<input type="checkbox"/> czas nieokreślony
	<input type="checkbox"/> czas określony _____ miesięcy
Inne uwagi	
Załączniki	
Data	