**Załącznik nr 1** - Zapytanie oUsługę Dzierżawa Kanalizacji Kablowej

Data: ………………………..…….…………………

Nr Umowy: ………………………………………….

WT ………………………………………………….

1. DANE ADRESOWE OSD:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa firmy:Adres: |  |
| [ ]  Nowe Zamówienie [ ]  Przedłużenie okresu dzierżawy\aneks |

1. PUNKTY DOSTĘPU:

**Punkt Dostępu A:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa obiektu: |  |
| Adres obiektu: |  |

**Punkt Dostępu B:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa obiektu: |  |
| Adres obiektu: |  |

1. SPECYFIKACJA USŁUGI:

|  |
| --- |
| RODZAJ KANALIZACJI |
| [ ]  | ułożenie w kanalizacji szkieletowej kabla lub mikrokanalizacji o Ø do 8 mm |
| [ ]  | ułożenie w kanalizacji dystrybucyjnej kabla lub mikrokanalizacji o Ø do 8 mm |
| [ ]  | ułożenie w kanalizacji szkieletowej kabla lub mikrokanalizacji o Ø od 9 mm do 12 mm |
| [ ]  | ułożenie w kanalizacji dystrybucyjnej kabla lub mikrokanalizacji o Ø od 9 mm do 12 mm |
| [ ]  | ułożenie w kanalizacji szkieletowej kabla lub mikrokanalizacji o Ø powyżej 12 mm |
| [ ]  | ułożenie w kanalizacji dystrybucyjnej kabla lub mikrokanalizacji o Ø powyżej 12 mm |
| [ ]  | cały otwór w sieci szkieletowej |
| [ ]  | cały otwór w sieci dystrybucyjnej |
| [ ]  | rezerwacja zasobów na okres do 60 Dni Roboczych |

1. TERMIN URUCHOMIENIA I DŁUGOŚĆ TRWANIA USŁUGI:

|  |  |
| --- | --- |
| Okres obowiązywania usługi: |  |
| Data Aktywacji Usługi: |  |

1. PODPIS OSD:

|  |
| --- |
| OSD |
| ………………………………………………………………(imię i nazwisko, pieczątka, data) |