

WZÓR ZAMÓWIENIA

ZAMAWIAJĄCY (OK)	
Podstawowe informacje	
Nazwa	
Adres	
Adres korespondencyjny	
NIP	
Numer wpisu do rejestru przedsiębiorców telekomunikacyjnych prowadzonego przez Prezesa UKE	
Osoba kontaktowa – składający Zamówienie	
Imię i nazwisko	
Adres e-mail	
Telefon	
OSD	
Nazwa	WDM sp. z o.o. z siedzibą w Mielcu
Adres	ul. Wolności 1, 39-300 Mielec
NIP	8172186147
Numer wpisu do rejestru przedsiębiorców telekomunikacyjnych prowadzonego przez Prezesa UKE	12229

1. Czy Zamawiający zawarł wcześniej z OSD Umowę Ramową?

tak ☐

nie ☐

2. Czy Zamawiający zawarł wcześniej z OSD Umowę szczegółową w zakresie Usługi dostępu do Kanalizacji Kablowej?

tak ☐

nie ☐

3. Czego dotyczy Zamówienie?

Uruchomienie Usługi dostępu do Kanalizacji Kablowej ☐

Modyfikacja Usługi dostępu do Kanalizacji Kablowej ☐

Pełna rezygnacja z Usługi dostępu do Kanalizacji Kablowej ☐



ENERGIA ŚWIATŁA

4. Jeśli Zamówienie dotyczy modyfikacji Usługi dostępu do Kanalizacji Kablowej, to o jaki rodzaj czynności chodzi?

- ☐ Zapytanie o dostęp do nowego Odcinka Kanalizacji
- ☐ Zapytanie o rezygnację z Odcinka udostępnionej Kanalizacji
- ☐ Zapytanie o możliwość instalacji dodatkowych elementów w udostępnionej Kanalizacji
- ☐ Zapytanie o rezygnację z części Urządzeń OK zamontowanych w udostępnionej Kanalizacji

5. Czy OK wnosi o rezerwację zasobów Kanalizacji Kablowej?

- ☐ nie
- ☐ tak:
- ☐ tylko na okres nieodpłatnej rezerwacji
 - ☐ na okres nieodpłatnej rezerwacji, a po jej upływie na czas _____ dni kalendarzowych
 - ☐ na okres nieodpłatnej rezerwacji, a po jej upływie na czas wymagany do sfinalizowania Zamówienia

SZCZEGÓŁY ZAMÓWIENIA	
Relacja podstawowa	Punkt A _____
	Punkt B _____
Całkowita długość odcinka [m]	
Liczba kabli lub Mikrokanalizacji bądź Kanalizacji Kablowej wtórnej [szt.]	
Średnica kabla / Mikrokanalizacji / Kanalizacji Kablowej wtórnej	
Rodzaj kabli	<input type="checkbox"/> kabel miedziany telefoniczny
	<input type="checkbox"/> kabel koncentryczny
	<input type="checkbox"/> kabel światłowodowy
	<input type="checkbox"/> inny rodzaj kabla: _____
Rodzaj Kanalizacji Kablowej	<input type="checkbox"/> Mikrokanalizacja
	<input type="checkbox"/> Kanalizacja Kablowa wtórna
	<input type="checkbox"/> Kanalizacja Kablowa pierwotna
Wnioskowany termin udostępnienia Kanalizacji Kablowej	
Wnioskowany okres udostępnienia Kanalizacji Kablowej	<input type="checkbox"/> czas nieokreślony
	<input type="checkbox"/> czas określony: _____ miesięcy



ENERGIA ŚWIATŁA

Inne uwagi, w tym rodzaj elementów / urządzeń innych niż: zapasy kabli telekomunikacyjnych, stelaży, złączy / muf, które Zamawiający chciałby umieścić w Kanalizacji Kablowej wraz z ich opisem	
ODGAŁĘZIENIA (NAWIĄZANIA)	
Relacja podstawowa	Punkt A _____
	Punkt B _____
Całkowita długość odcinka [m]	
Liczba kabli [szt.]	
Średnica kabla	
Rodzaj kabli	<input type="checkbox"/> kabel miedziany telefoniczny
	<input type="checkbox"/> kabel koncentryczny
	<input type="checkbox"/> kabel światłowodowy
	<input type="checkbox"/> inny rodzaj kabla _____
Inne uwagi, w tym rodzaj elementów / urządzeń innych niż: zapasy kabli telekomunikacyjnych, stelaży, złączy / muf, które Zamawiający chciałby umieścić w Kanalizacji Kablowej	
Opis i miejsce Nawiązania	
Dodatkowe Nawiązania	
ZAPYTANIE DOTYCZĄCE DODATKOWYCH ELEMENTÓW W KANALIZACJI	
Opis wprowadzenia	
Miejsce wprowadzenia	
Rodzaj elementu / urządzenia, który ma być wprowadzony	
Wnioskowany termin wprowadzenia	
Wnioskowany okres umieszczenia urządzeń w Kanalizacji Kablowej	<input type="checkbox"/> czas nieokreślony
	<input type="checkbox"/> czas określony: _____ miesięcy
Załączniki	
Data	
Imię i nazwisko	