

WZÓR ZAMÓWIENIA	
ZAMAWIAJĄCY	
PODSTAWOWE INFORMACJE	
Pełna nazwa	
Adres	
Adres korespondencyjny	
NIP	
Numer wpisu do rejestru przedsiębiorców telekomunikacyjnych prowadzonego przez Prezesa Urzędu Komunikacji Elektronicznej	
OSOBA KONTAKTOWA	
Imię i nazwisko	
Adres e-mail	
Telefon	
OPERATOR SIECI DOSTĘPOWEJ	
Pełna nazwa	Fiberlink spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Krakowie
Adres siedziby, adres do korespondencji	ul. T. Ważewskiego 17, 30-499 Kraków
NIP	9442245890
Numer wpisu do rejestru przedsiębiorców telekomunikacyjnych prowadzonego przez Prezesa Urzędu Komunikacji Elektronicznej	5543

1. Czy Zamawiający zawarł wcześniej z OSD Umowę Ramową o dostępie telekomunikacyjnym dla sieci KPO-FERC?

tak ☐

nie ☐

2. Czy Zamawiający zawarł wcześniej z OSD umowę szczegółową w zakresie usługi Kolokacji?

tak ☐

nie ☐

3. Czego dotyczy Zamówienie?

Uruchomienia usługi Kolokacji ☐

Modyfikacji usługi Kolokacji ☐

Pełnej rezygnacji z usługi Kolokacji ☐

4. Jeśli Zamówienie dotyczy modyfikacji usługi Kolokacji, to o jaki rodzaj czynności chodzi?

Zapytanie o dostęp do nowego miejsca w Szafie ☐

Zapytanie o możliwość umieszczenia dodatkowych urządzeń w Szafie ☐

Zapytanie o możliwość rezygnacji z udostępnionej Szafy ☐

Zapytanie o możliwość rezygnacji z części urządzeń zamontowanych w udostępnionej Szafie ☐

SZCZEGÓŁY ZAMÓWIENIA	
Lokalizacja punktu kolokacyjnego (Przełącznicy OSD)	
Powierzchnia Kolokacji	
Rodzaj urządzeń OK	
Moc znamionowa urządzeń OK	
Czy OK wnioskuje o zapewnienie przez OSD energii elektrycznej?	☐ tak
	☐ nie
Wartość/poziom dodatkowych opcji	
Wnioskowany termin udostępnienia / rezygnacji	
Wnioskowany okres udostępnienia	☐ czas nieokreślony
	☐ czas określony: ____ miesięcy
Inne uwagi	

Załączniki	
Data	
Imię i nazwisko	
Podpis (w zależności od formy Zamówienia)	