

## ODBIÓR TECHNICZNY

Do umowy nr..... z dnia .....

Numer Umowy	
Nazwa Zamawiającego	
Miejsce dostarczenia stacjonarnego zakończenia sieci:	
Zakres numeracji stacjonarnej:	
Liczba ISDN PRI:	

Przedstawiciel Wykonawcy uprawniony do kontaktów w sprawie przeprowadzenia testów uruchomienia usług	
Imię Nazwisko:	
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	

Data dostarczenia stacjonarnego zakończenia sieci:	
Przedstawiciel Zamawiającego	Przedstawiciel Wykonawcy
<i>(data i podpis)</i>	<i>(data i podpis)</i>