

ZAHTEV ZA PROŠIRENJE MREŽE

Broj zahteva

● Podnosilac zahteva

Naziv pravnog lica*						
Adresa dostave računa					Mesto	<input type="text"/>
Matični broj	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PIB	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail adresa						
Ovlašćeno lice						

* pun naziv pravnog lica iz registra

● Podaci za aktivaciju

Pretplatnički broj	ICCID Broj
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>
5. <input type="text"/>	<input type="text"/>
6. <input type="text"/>	<input type="text"/>
7. <input type="text"/>	<input type="text"/>
8. <input type="text"/>	<input type="text"/>
9. <input type="text"/>	<input type="text"/>
10. <input type="text"/>	<input type="text"/>

● Aktivacija dodatnog APN-a

Da	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

● Zahtev za dodelu APN-a

Naziv profila	Naziv APN-a	Broj linija
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C	CORP_	

* Naziv ne može imati više od 25 karaktera

Distributer

Prodavac

Mesto i datum:

Za tačnost navedenih podataka garantuje:

(ime i prezime)

(potpis)

M.P.