

ZAHTEV ZA SMANJENJE BROJA LINIJA

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"/>
PIB	<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 deaktivaciju

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"/>

Distributer

Prodavac

Mesto i datum:

Za tačnost navedenih podataka garantuje:

(ime i prezime)

(potpis)

M.P.