

.....
Imię i nazwisko

Toruń, dn.....

.....
Adres instalacji

.....

Telewizja Kablowa Toruń
Młodzieżowej
Spółdzielni Mieszkaniowej
ul. B. Głowackiego 2, 87-100 Toruń
Biuro Obsługi Abonenta

WNIOSEK

O KORZYSTANIE Z USŁUGI AUTOMATYCZNEJ BLOKADY POŁĄCZEŃ

Proszę o aktywowanie usługi automatycznej blokady połączeń dla numeru telefonu..... od dnia.....

UWAGI:

1. Domyślnie hasło dla usługi: 0000. Ze względów bezpieczeństwa sugerujemy zmienić hasło.
2. Czas uruchomienia usługi: do 2 dni roboczych.

.....
Podpis pracownika BOA

.....
Podpis abonenta

Potwierdzenie uruchomienia usługi:

Data i podpis pracownika