

.....
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 DEAKTYWACJĘ USŁUGI AUTOMATYCZNEJ BLOKADY POŁĄCZEŃ

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

UWAGI:

1. Czas deaktywowania usługi: do 2 dni roboczych.

.....
Podpis pracownika BOA

.....
Podpis abonenta

Potwierdzenie deaktywacji usługi:

Data i podpis pracownika