**Załącznik nr 5.1** - Zapytanie oUsługę Dzierżawa Kanalizacji Kablowej

Data: …………………………………………………

1. DANE ADRESOWE OSD:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa firmy:  Adres: |  | |
| Nowe Zamówienie | | Przedłużenie okresu dzierżawy\aneks, nr Umowy ……………………………………. |

1. DANE ADRESOWE WŁAŚCICIELA INFRASTRUKTURY:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i adres WI: | Województwo Lubelskie, ul. Artura Grottgera 4, 20-029 Lublin |

1. PUNKTY DOSTĘPU:

**Punkt Dostępu A:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa obiektu: |  |
| Adres obiektu: |  |

**Punkt Dostępu B:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa obiektu: |  |
| Adres obiektu: |  |

1. SPECYFIKACJA USŁUGI:

|  |  |
| --- | --- |
| RODZAJ KANALIZACJI | |
|  | ułożenie w kanalizacji kabla lub mikrokanalizacji o Ø do 8 mm |
|  | ułożenie w kanalizacji kabla lub mikrokanalizacji o Ø powyżej 8 mm do 12 mm |
|  | ułożenie w kanalizacji kabla lub mikrokanalizacji o Ø powyżej 12 mm do 16 mm |
|  | cały otwór mikrokanalizacji na odcinkach, gdzie nie występuje rura Ø 40 mm |
|  | cały otwór mikrokanalizacji na odcinkach, gdzie nie występuje rura Ø 40 mm, a występują co najmniej trzy wolne otwory mikrokanalizacji |
|  | cały otwór kanalizacji Ø 40 mm |
|  | instalacja mufy lub zapasu OSD w studni lub zasobniku WI, ilość: ……………………….  Nazwa obiektu\adres: ……………………..…………………………………………………… |
|  | rezerwacja zasobów na okres do 60 Dni Roboczych |

1. TERMIN URUCHOMIENIA I DŁUGOŚĆ TRWANIA USŁUGI:

|  |  |
| --- | --- |
| Okres obowiązywania usługi: |  |
| Data Aktywacji Usługi: |  |

1. OŚWIADCZENIE OSD:

Oświadczam, że usługa będzie nie będzie świadczona w ramach realizacji projektu z Działania 1.1 Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa 2014-2020, nr umowy:…………………………………………………………………………..

1. PODPIS OSD:

|  |
| --- |
| OSD |
| ………………………………………………………………  (imię i nazwisko, pieczątka, data) |