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

Data …………………………………………………

1. DANE ADRESOWE OPERATORA SIECI DOSTĘPOWEJ

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i adres OSD |  |

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 |  |

**Punkt Dostępu B**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa obiektu |  |

1. SPECYFIKACJA USŁUGI

|  |
| --- |
| RODZAJ KANALIZACJI |
| [ ]  | kabel Ø do 8 mm |
| [ ]  | kabel Ø powyżej 8 mm do 12 mm |
| [ ]  | kabel Ø powyżej 12 mm do 16 mm |
| [ ]  | cały otwór kanalizacji Ø 40 mm |
| [ ]  | dodatkowa, płatna rezerwacja zasobów na okres do 60 Dni Roboczych |
| [ ]  | instalacja mufy lub stelażu zapasu OSD w studni lub zasobniku WIilość, uwagi ………………………………….………….  |

1. TERMIN URUCHOMIENIA I OKRES TRWANIA UMOWY

|  |  |
| --- | --- |
| Okres trwania umowy (miesiące) |  |
| Data Aktywacji Usługi (dzień.miesiąc.rok) |  |

1. OŚWIADCZENIE OPERATORA SIECI DOSTĘPOWEJ
2. *Dotyczy Beneficjentów Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa 2014-2020.*

Oświadczam, że usługa [ ] **będzie** świadczona w ramach realizacji projektu z Działania 1.1 Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa 2014-2020.

Numer umowy o dofinansowanie ………………………………………………………………….

1. PODPIS OPERATORA SIECI DOSTĘPOWEJ

|  |
| --- |
| Operator Sieci Dostępowej |
| ………………………………………………………………(imię i nazwisko, pieczątka) |