



Popunjavanje prodavatelj	
Broj zahtjeva	Š.P.
Prodavatelj	Š.K.O. (POTS)
Prodajno mjesto	Š.K.O. (ADSL)

ZAHTJEV ZA ZASNIVANJE KORISNIČKOG ODNOSA ZA ADSL

PODACI O KORISNIKU (*popunjavanje samo poslovni korisnik)	
Ime, ime roditelja, prezime, dodatak uz ime/*Naziv tvrtke	
JMB	
Adresa priključka/poštanski broj	
*Adresa sjedišta/poštanski broj	
*ID broj	
*PDV broj	Šifra djelatnosti
*Transakcijski račun i poslovna banka	
*Zakonski zastupnik (ime i prezime, JMB)	
*Adresa zakonskog zastupnika /Mjesto	
OSOBA ZA KONTAKT I ADRESA ZA DOSTAVU RAČUNA	
Ime i prezime	
Telefon/ Fax/Mobitel/E-mail	
Adresa za dostavu računa	<input type="checkbox"/> adresa sjedišta <input type="checkbox"/> adresa priključka <input type="checkbox"/> druga (upisati ispod)
Adresa/Mjesto	
Telefon na koji se instalira ADSL	
Korisnik telefonskog priključka	
Tip telefonskog priključka na koji se instalira ADSL	<input type="checkbox"/> analogni (TEL) <input type="checkbox"/> ISDN BRA
ADSL PAKETI	
<input type="checkbox"/> JUNIOR <input type="checkbox"/> START <input type="checkbox"/> MAXI <input type="checkbox"/> FLAT plus <input type="checkbox"/> FLAT super <input type="checkbox"/> FLAT extra	
Najam modema	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Vrsta modema	<input type="checkbox"/> 1-portni žični <input type="checkbox"/> 4-portni bežični
E-mail adresa	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Potreban jedinstven račun za telefonske i ADSL usluge	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Trajanje ugovora	<input type="checkbox"/> 12 mjeseci <input type="checkbox"/> 24 mjeseca <input type="checkbox"/> neodređeno
Napomena	

U _____, _____, 20__.
(mjesto i datum podnošenja zahtjeva)

_____** (podnositelj zahtjeva)

**Potpisom potvrđujem točnost i potpunost podataka navedenih u ovom zahtjevu, potvrđujem da sam upoznat s Općim uvjetima HT Mostar o pružanju telekomunikacijskih usluga te ih u cijelosti prihvaćam.