
ZAHTJEV ZA ZASNIVANJE PRETPLATNIČKOG ODNOSA

IME I PREZIME ili PRAVNO LICE : _____

ADRESA,Ulica,broj i grad : _____

Telefon: _____ Mob: _____ Fax: _____

E-mail: _____ Br. L.K _____

Priključak na : ZAOKRUŽITI

a) Kablovska TV

b) Internet usluga

c) Fiskni Telefon

Rok za priključak i pružanje usluge je maksimalno 30 dana od dana podnošenja zahtjeva, ako je priključak izvodljiv .

U Živinicama, dana ____/____/2013

Potpis podnosioca zahtjeva:
