

TIPO DI RICHIESTA	DURATA DEL COLLEGAMENTO	ALTRE CARATTERISTICHE
<input type="checkbox"/> Attivazione	<input type="checkbox"/> Definitivo	<input type="checkbox"/> Rateizzazione Nuovo Impianto La spesa del contributo di nuovo impianto, a richiesta del cliente, può essere rateizzata in 24 mensilità senza maggiorazioni.
<input type="checkbox"/> Trasloco	<input type="checkbox"/> Temporaneo (Provvisorio inferiore a 12 mesi)	Pubblicazione in elenco <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Subentro		
<input type="checkbox"/> Trasformazione da ISDN a RTG	Dal/...../..... Al/...../.....	

CONFIGURAZIONE		
	tipologia di accesso	quantità di accessi
<input type="checkbox"/>	Bidirezionali	
<input type="checkbox"/>	Bidirezionali in ricerca automatica nuova	
<input type="checkbox"/>	Bidirezionali in ricerca automatica esistente con numero principale.....	
<input type="checkbox"/>	Unidirezionale entrante	
<input type="checkbox"/>	Bidirezionali con Numerazione Ridotta.	
<input type="checkbox"/>	Bidirezionali con Numerazione Ridotta e Selezione Passante nuova.	
<input type="checkbox"/>	Bidirezionali con N.R. e S.P esistente con numero in elenco.....	

N.R.: NUMERAZIONE RIDOTTA ----- S.P.: SELEZIONE PASSANTE
N.B.: (a) Il Richiedente prende atto ed accetta che l'attivazione del gruppo di Numerazione Ridotta (NR) e l'attivazione della Selezione Passante (SP) presentano particolarità tecniche che rendono necessario, ai sensi di quanto previsto all'art. 4.1 delle Condizioni Generali di Abbonamento, concordare con Telecom i tempi di attivazione. (b) Il gruppo di Numerazione Ridotta consente la pubblicazione in elenco unicamente del numero telefonico breve che identifica il gruppo di linee.

SEDE INTERESSATA AL COLLEGAMENTO

Indirizzo:.....
 Località: CAP: Prov.:
 Responsabile di sede : N. Tel.
 La sede è agibile per TELECOM dal/...../.....

SEDE INTERESSATA AL TRASLOCO

Indirizzo:.....
 Località: CAP: Prov.:

- Trasloco interno**
Nuova ubicazione: Piano Stanza
- Trasloco esterno**
Nuovo indirizzo.....
Località..... CAP: Prov. :
Responsabile di sede..... N. Tel.
La sede è agibile per TELECOM dal/...../.....

SERVIZI TELEFONICI SUPPLEMENTARI

- Autodisabilitazione a chiave numerica
- Avviso di chiamata
- Trasferimento di chiamate entranti ad altro numero
- Conversazione a tre
- Chi è
- Memotel
- Richiamata su occupato
- Trasferimento di chiamata + Avviso di Chiamata + Conversazione a tre

ALTRE VARIAZIONI O NOTE

Luogo e Data

Timbro e firma

...../...../.....
