

## ZAMÓWIENIE świadczona usług dystrybucji paliw gazowych

### 1. DANE ZUD

Pełna nazwa ZUD

Osoba reprezentująca

Numer Umowy Dystrybucyjnej

KOD ZUP

KOD ZUD OSW

KOD ACER

### 2. ZAMÓWIENIE DOTYCZY

Zmiany Sprzedawcy

Data rozwiązania umowy z poprzednim Sprzedawcą:

Uruchomienie dostaw dla nowo przyłączonego punktu

Zmiana mocy umownej

Obecna moc umowna [kWh/h]:

Zmiana wielkości poboru

Zmiana grupy taryfowej

Obecna grupa taryfowa:

Wznowienie dostaw w dniu

Wstrzymanie dostaw w dniu

Zakończenie dostaw w dniu

### 3. DANE ODBIORCY

Aktualizacja danych Odbiorcy

Przepisanie umowy kompleksowej

Data przekazania:

Stan gazomierza:

Nazwa/Imię i nazwisko  
Odbiorcy

Odbiorca inny niż w gospodarstwie domowym

PKD działalności:

NIP:

REGON:

KRS:

Odbiorca w gospodarstwie domowym

PESEL/ nr Paszportu<sup>1</sup>:

Adres Odbiorcy

Adres korespondencyjny  
Odbiorcy

Osoba reprezentująca  
Odbiorcę

<sup>1</sup> W przypadku Odbiorców nieposiadających nr PESEL

#### 4. ZAMAWIANE PARAMETRY USŁUGI DYSTRYBUCJI

Nr Punktu Odbioru:

ORCS:

Adres Punktu Odbioru:

--	--	--

gmina

Kod pocztowy

miejsowość

--	--	--

ulica

nr domu/lokalu

nr działki

Grupa taryfowa OSD

Moc umowna [kWh/h]

Moc umowna [m3/h]

Numer punktu wejścia do systemu OSD:

Numer punkty wyjścia z systemu OSD:

Nominalna godzinowa ilość dystrybuowanego paliwa gazowego:

[kWh/h]

[kWh/m-c]

Min. Ilość paliwa gazowego jaka zostanie przekazana przez ZUD:

[kWh/rok]

Max. Ilość paliwa gazowego jaka zostanie przekazana przez ZUD:

[kWh/rok]

[kWh/m-c]

Ilości roczne paliwa gazowego jaka zostanie przekazana przez ZUD [kWh]:

styczeń:

kwiecień:

lipiec:

październik:

luty:

maj:

sierpień:

listopad:

marzec:

czerwiec:

wrzesień:

grudzień:

Data rozpoczęcia usługi:

Data zakończenia usługi:

#### 5. OŚWIADCZENIA ZUD

Zgodnie z zapisami IRIESD oświadczam, iż zapewnione jest dostarczenie paliwa gazowego do punktu wyjścia z systemu przesyłowego lub dystrybucyjnego OSW, z którego zasilany jest system dystrybucyjny OSD

--

Miejscowość, data

Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

Wypełnia DUON Dystrybucja sp. z o.o.:

Nr Zamówienia

Data złożenia

Akceptacja

Grupa taryfowa OSD

Data rozpoczęcia usługi:

Data zakończenia usługi:

Odrzucenie

Przyczyna odrzucenia:

--

Miejscowość, data

Podpis i pieczęć osoby upoważnionej