

MEB FATİH DEĞİŞİKLİK FORMU

(Nakil – Devir – Adres Değişikliği)

| | | | |
|-----------------------|----------------------|---------------------|----------------------|
| ABONE ADI/ÜNVANI: | <input type="text"/> | | |
| Vergi No: | <input type="text"/> | Vergi Dairesi: | <input type="text"/> |
| GSM No: | <input type="text"/> | İş / Diğer Tel. No: | <input type="text"/> |
| E-posta: | <input type="text"/> | | |
| MEB Fatih Tesis Kodu: | <input type="text"/> | | |

DEĞİŞİKLİK TÜRÜ

UYARI: AŞAĞIDA BELİRTİLECEK HİZMET NUMARASI/ NUMARALARI İÇİN FORMDA TEK BİR İŞLEM TÜRÜ SEÇİLMELİDİR. (Belirtilecek hizmet numaraları aynı hizmet türü/alt hizmet türüne ait olmalıdır.) Devir talebinde bulunuldu ise aşağıda bulunan kısımların imzalanması rica olunur.

| | | | | | | | |
|-----------------------------|------------------------------------|---|----------------------|----------|----------------------|------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Tebliğat Adresi Değişikliği | | | | | | |
| MEB Fatih Tesis Kodu: | <input type="text"/> | | | | | | |
| Yeni Adres: | <input type="text"/> | | | | | | |
| Cadde/Sokak/Bulvar/Mahalle: | <input type="text"/> | | | | | | |
| Bina Adı: | <input type="text"/> | Bina No: | <input type="text"/> | Kapı No: | <input type="text"/> | Kat: | <input type="text"/> |
| ilçe: | <input type="text"/> | Posta Kodu: | <input type="text"/> | | | | |
| il: | <input type="text"/> | Tüm hatlar için aynı tercihi yapmak istiyorum. <input type="checkbox"/> | | | | | |

| | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|-------------|----------------------|----------|----------------------|------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Nakil (Nakil olacak uç bilgilerini doldurunuz.) | | | | | | |
| Mevcut Adres: | <input type="text"/> | | | | | | |
| Tek Uç Nakil <input type="checkbox"/> | Çift Uç Nakil <input type="checkbox"/> (Devre Bazlı Hizmetler için Geçerlidir.) | | | | | | |
| 1.Uç <input type="text"/> | | | | | | | |
| MEB Fatih Tesis Kodu: | <input type="text"/> | | | | | | |
| Yeni Adres: | <input type="text"/> | | | | | | |
| Cadde/Sokak/Bulvar/Mahalle: | <input type="text"/> | | | | | | |
| Bina Adı: | <input type="text"/> | Bina No: | <input type="text"/> | Kapı No: | <input type="text"/> | Kat: | <input type="text"/> |
| ilçe: | <input type="text"/> | Posta Kodu: | <input type="text"/> | | | | |
| il: | <input type="text"/> | | | | | | |



2.Uç

Cadde/Sokak/Bulvar/Mahalle:

Bina Adı:

Bina No:

Kapı No:

Kat:

İlçe:

Posta Kodu:

İl:

Yeni Adres:

Abone'nin Taşınma Tarihi:

Tek Uç Nakil

Çift Uç Nakil (Devre Bazlı Hizmetler için Geçerlidir.)

1.Uç

MEB Fatih Tesis Kodu:

Cadde/Sokak/Bulvar/Mahalle:

Bina Adı:

Bina No:

Kapı No:

Kat:

İlçe:

Posta Kodu:

İl:

2.Uç

Cadde/Sokak/Bulvar/Mahalle:

Bina Adı:

Bina No:

Kapı No:

Kat:

İlçe:

Posta Kodu:

İl:

Devir

Devralan Müşteri:

ABONE ADI/ÜNVANI:

Vergi No:

Vergi Dairesi:

Sektör:

Ticari Sicil/ Vakıf Sicil:

GSM No:

E-posta:

MEB Fatih Tesis Kodu:



0 2 2 0 1 4 0 8 0 1 9 1 0



Adıma kayıtlı olan ve bu Form'da belirtilen devre/ devrelere ilişkin olarak bu Form'un imza tarihine kadar doğmuş olan tüm borçları ödemeyi ve söz konusu devre/ devreleri mevcut özellikleriyle birlikte Devralan Abone'ye devretmeyi kabul ediyorum.

Bu Form'da belirtilen devreyi/devreleri devralmayı ve devraldığım devre/devrelere ilişkin olarak bu Form'un imza tarihine kadar doğmuş ve bundan sonra doğacak olan tüm borçları ödemeyi kabul ve taahhüt ediyorum.

DEVREDEN ABONE-Yetkili

Ad-Soyad/Unvan

İMZA

□□ / □□ / □□□□

DEVRALAN ABONE-Yetkili

Ad-Soyad/Unvan

İMZA

YUKARIDA SEÇİLEN İŞLEM TÜRÜNÜN UYGULANACAĞI HİZMET NUMARASI/ NUMARALARI

1. □□□□□□□□□□□□□□□□
2. □□□□□□□□□□□□□□□□
3. □□□□□□□□□□□□□□□□
4. □□□□□□□□□□□□□□□□
5. □□□□□□□□□□□□□□□□
6. □□□□□□□□□□□□□□□□
7. □□□□□□□□□□□□□□□□
8. □□□□□□□□□□□□□□□□
9. □□□□□□□□□□□□□□□□
10. □□□□□□□□□□□□□□□□

11. □□□□□□□□□□□□□□□□
12. □□□□□□□□□□□□□□□□
13. □□□□□□□□□□□□□□□□
14. □□□□□□□□□□□□□□□□
15. □□□□□□□□□□□□□□□□
16. □□□□□□□□□□□□□□□□
17. □□□□□□□□□□□□□□□□
18. □□□□□□□□□□□□□□□□
19. □□□□□□□□□□□□□□□□
20. □□□□□□□□□□□□□□□□

Talebim üzerine yapılan işlemlere dair bilgilendirildim. Formun bir nüshasını elden teslim aldım.

Bu Formda belirttiğim işlemlerin yapılmasını talep ediyorum.

Tarih: □□ / □□ / □□□□

TÜRK TELEKOMÜNİKASYON A.Ş.

İMZA

ABONE/Yetkili

Ad Soyad/Unvanı

İMZA



0 2 2 0 1 4 0 8 0 1 9 1 0