

Реєстр
споживачів Постачальника, яким було припинено/відновлено електроживлення за Вимогою Постачальника
за _____ 20_ р.

№ з/п	Особовий рахунок	ЕІС-код точки розподілу	Найменування споживача	Найменування послуги (припинення/відновлення електроживлення)	Дата плануемого припинення/відновлення електроживлення	Дата повідомлення Постачальника про необхідність надання Оператору системи 10 календарних днів для проведення відключення споживача, згідно з абз. 2 п. 7.4 та абз. 1 п. 7.7 ПРРЕ	Дата виконання припинення/відновлення електроживлення	Покази ЗВТ при припиненні/відновленні електроживлення	Примітка
1									
2									

Оператор системи:

(посада)

(підпис ЕЦП)

(ПІБ)

Оператор системи

(посада)

М.П. _____ (підпис, П.І.Б.)
« » 20 р.

ЗПРАЗОК

Постачальник:

(посада)

(підпис ЕЦП)

(ПІБ)

Постачальник

(посада)

М.П.(за наявності) _____ (підпис, П.І.Б.)
« » 20 р.