Приложение

к Правилам переноса абонентского номера в сетях сотовой связи

Форма

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование оператора-реципиента)

От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия Имя Отчество (при его наличии) абонента, адрес проживания, контактный номер абонента)

**Заявка**

**на перенос абонентского номера в сетях сотовой связи**

Прошу перенести абонентский номер с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 (наименование оператора-донора)

на\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на основании нижеперечисленных сведений:
 (наименование оператора-реципиента)

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, Имя, Отчество (при его наличии) абонента/наименование организации |  |
| Документ, удостоверяющий личность/справка о регистрации юридического лица, выданная регистрирующим органом |  |
| ИИН /БИН |  |
| Абонентский номер/перечень абонентских номеров  |  |

При отсутствии основания для отказа в переносе абонентского номера:

|  |  |
| --- | --- |
| Прошу расторгнуть договор об оказании услуг сотовой связи с оператором-донором | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование оператора-донора) |
| Прошу подключить перенесенный абонентский номер к тарифному плану: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование тарифного плана)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (код тарифного плана) |

*Заполняется абонентом*

|  |  |
| --- | --- |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*Ф.И.О. абонента*) в соответствии с Законом Республики Казахстан 21 мая 2013 года «О персональных данных и их защите», подтверждаю свое согласие оператору-реципиенту, оператору-донору, оператору ЦБДАН на обработку моих персональных данных в целях осуществления переноса абонентского номера. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись абонента) |

*Заполняется абонентом-юридическим лицом*

|  |  |
| --- | --- |
| Выбор полного переноса абонентских номеров.ИЛИВыбор частичного переноса абонентских номеров. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Ф.И.О. абонента Подпись

Должность ответственного лица

оператора-реципиента Ф.И.О. Подпись

Дата

Печать организации