



TRUNG TÂM ĐIỆN THOẠI SPT
90 Đường số 08, KDC Trung Sơn,
Bình Hưng, Bình Chánh, TP. HCM
ĐT: 54456868 Fax: 54040507

TP. HCM, ngày.....tháng.....năm

PHIẾU YÊU CẦU CUNG CẤP DỊCH VỤ ĐIỆN THOẠI IP

Người đại diện (nếu là pháp nhân): Chức vụ:
Ngày sinh:
Giấy phép số: Ngày cấp: Nơi cấp:
Số CMND/Hộ chiếu: Ngày cấp: Nơi cấp:
Giấy ủy quyền số (nếu có): Ngày: Cửa:
Số tài khoản: Tại: Ngân hàng
Mã số thuế:
Địa chỉ thường trú/Giao dịch:
Địa chỉ gửi giấy báo cước: :
Địa chỉ xuất hóa đơn:
Điện thoại liên lạc: Email:
- Thông báo cước hàng tháng: Địa chỉ email Điện thoại di động
 Địa chỉ gửi giấy báo cước
- Phương thức thanh toán: Tại các điểm thu cước Tại địa chỉ gửi giấy báo
cước Qua Ngân hàng Qua ATM
Yêu cầu được cung cấp dịch vụ điện thoại cố định trên giao thức IP:.....
.....
Vớí đường truyền :

<input type="checkbox"/> Account:		<input type="checkbox"/> Số lượng lines:
Tiêu chuẩn/ Loại đường truyền	Tốc độ (Mbps)	Địa chỉ sử dụng dịch vụ
Cáp quang		
DỊCH VỤ CỘNG THÊM		
Gọi liên tỉnh	Mở <input type="checkbox"/>	Khóa <input type="checkbox"/>
Gọi di động	Mở <input type="checkbox"/>	Khóa <input type="checkbox"/>
Gọi quốc tế	Mở <input type="checkbox"/>	Khóa <input type="checkbox"/>
Chỉ dẫn qua đài 116, 1080 và niên giám điện thoại	Mở <input type="checkbox"/>	Khóa <input type="checkbox"/>

Yêu cầu hạn mức gọi ra (topstop):.....VNĐ/tháng.

Yêu cầu số cuộc gọi đồng thời (channels):.....

Ghi chú:

Nhân viên tiếp nhận

Người yêu cầu
(Ký , ghi rõ họ tên; đóng dấu nếu là pháp nhân)