

ANKIETA

Miejscowość		Kod pocztowy	
Ulica		Nr	

Usługa:	Internet	Telewizja	Telefon stacjonarny	Telefon komórkowy
Umowa z innym Operatorem (Nazwa)				
Technologia	<input type="checkbox"/> światłowodowa <input type="checkbox"/> radiowa <input type="checkbox"/> miedziana <input type="checkbox"/> GSM	<input type="checkbox"/> IPTV <input type="checkbox"/> satelita		
Data zakończenia obecnej umowy				
Aktualna usługa	prędkość	Ilość kanałów	<input type="checkbox"/> bez limitu <input type="checkbox"/> ilość minut	<input type="checkbox"/> bez limitu <input type="checkbox"/> ilość minut
Kwota Abonamentu				
Zainteresowanie usługami Voice Net	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie