***Zgłoszenie / zmiana / zaprzestanie pełnienia funkcji POB\****

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa i dane adresowe POB** | **Kod POB nadany przez OSP** | **Kod OR\*\* ustanowionego przez POB** | **Data zgłoszenia**  | **Uwagi** |
|   |   |   |   |   |
| **Nazwa i dane teleadresowe Sprzedawcy/Wytwórcy** | **Nr umowy zawartej pomiędzy OSDn a Sprzedawcą/Wytwórcą** | **Planowany okres prowadzenia bilansowania handlowego Sprzedawcy/Wytwórcy** | **Obszar OSDn** | **Kod JGO w ramach której będzie prowadzone bilansowanie handlowe Sprzedawcy/Wytwórcy** | **Kody MB\*\*\* z** **obszaru OSDn przypisane do JGO wskazanej**  |
| **od** | **do** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
|   |   |   |   |   |   |   |

Oświadczamy, że powyższe dane i informacje są zgodne ze stanem faktycznym:

*W imieniu i na rzecz Sprzedawcy/Wytwórcy oraz POB\**

 ***...…………………….................................... ...…………….…...................................***

***Podpis osoby upoważnionej Sprzedawcy/Wytwórcy Podpis osoby upoważnionej POB***

\* POB - Podmiot odpowiedzialny za bilansowanie handlowe

\*\* OR – Operator Rynku

\*\*\* MB – Miejsce Bilansowania