

ЗАТВЕРДЖЕНО

Постанова Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сферах електронних комунікацій, радіочастотного спектра та надання послуг поштового зв'язку \_\_\_\_ 2023 року № \_\_\_\_

РЕГУЛЯТОРНА ЗВІТНІСТЬ

Обстеження поточного географічного охоплення території України електронними комунікаційними мережами широкосмугового доступу та послугами голосових електронних комунікацій у фіксованому місці  
(піврічна)  
на 01. \_\_. 20\_\_ року

Подають:	Терміни подання
Постачальники електронних комунікаційних мереж та/або послуг - Національній комісії, що здійснює державне регулювання у сферах електронних комунікацій, радіочастотного спектра та надання послуг поштового зв'язку	I півріччя - не пізніше ніж 28 лютого звітного року; II півріччя - не пізніше ніж 31 липня звітного року

Форма № 2-МП  
(піврічна, річна)  
ЗАТВЕРДЖЕНО

Постанова Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сферах електронних комунікацій, радіочастотного спектра та надання послуг поштового зв'язку \_\_\_\_ 2023 року № \_\_\_\_

Респондент:	
Найменування / прізвище, ім'я, по батькові (за наявності):	
Місцезнаходження / місце проживання:	
(поштовий індекс, область / Автономна Республіка Крим, район, населений пункт, вулиця/провулок, площа тощо, № будинку/корпусу, № квартири/офісу)	
Код за ЄДРПОУ/реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія та номер паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це контролюючий орган і мають відмітку у паспорті)	
Вебсайт (за наявності)	
торгова марка (за наявності)	
контакти для підключення послуг	
телефон:	
електронна пошта:	
Особа, відповідальна за заповнення форми регуляторної звітності, її:	Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ
телефон:	
електронна пошта:	

[illegible]

Розділ	Період		Назва Розділу
П	Піврічний	на 01.__.20__ року	
Адміністративно-територіальні одиниці			Обстеження поточного географічного охоплення території України електронними комунікаційними послугами голосових електронних комунікацій у фіксованому місці
Область	Район (місто)	Населений пункт	
Код	Кодифікатора		1
А	Б	В	
			так/ні
			так/ні
			так/ні
			так/ні

Посада

Особа, відповідальна за заповнення форми	підпис	Власне ім'я ПРИЗВИЩЕ
--	--------	----------------------