

Netzversorgung

BOS Einheit: _____
 Ansprechpartner: _____
 Telefon: _____

Lfd. Nr.:	Standort	Gerätetyp	Was ist passiert ?	Bemerkung
	Stadt/Gemeinde _____	MRT <input type="checkbox"/>	Kommunikation OK <input type="checkbox"/>	_____
	Ortsteil _____	HRT <input type="checkbox"/>	Kein Netz (Keine Netzanzeige) <input type="checkbox"/>	_____
	Straße _____	HRT+Mikro mit Antenne <input type="checkbox"/>	Kein Gesprächsaufbau <input type="checkbox"/>	_____
	Datum _____	Nutzung	Gesprächsabbruch im Stand <input type="checkbox"/>	_____
	Koordinaten/Zeit (*477 - Tafel 5)	K1 Kopf-Outdoor <input type="checkbox"/>	Gesprächsabbruch in Bewegung <input type="checkbox"/>	_____
	Lat ____:____.____ N	K2 Gürtel-Outdoor <input type="checkbox"/>		_____
	Long ____:____.____ E	K3 Kopf-Inhouse <input type="checkbox"/>	TMO Gruppe RP TR _____	_____
	Time ____:____:____ UTC	K4 Gürtel-Inhouse <input type="checkbox"/>		_____

Lfd. Nr.:	Standort	Gerätetyp	Was ist passiert ?	Bemerkung
	Stadt/Gemeinde _____	MRT <input type="checkbox"/>	Kommunikation OK <input type="checkbox"/>	_____
	Ortsteil _____	HRT <input type="checkbox"/>	Kein Netz (Keine Netzanzeige) <input type="checkbox"/>	_____
	Straße _____	HRT+Mikro mit Antenne <input type="checkbox"/>	Kein Gesprächsaufbau <input type="checkbox"/>	_____
	Datum _____	Nutzung	Gesprächsabbruch im Stand <input type="checkbox"/>	_____
	Koordinaten/Zeit (*477 - Tafel 5)	K1 Kopf-Outdoor <input type="checkbox"/>	Gesprächsabbruch in Bewegung <input type="checkbox"/>	_____
	Lat ____:____.____ N	K2 Gürtel-Outdoor <input type="checkbox"/>		_____
	Long ____:____.____ E	K3 Kopf-Inhouse <input type="checkbox"/>	TMO Gruppe RP TR _____	_____
	Time ____:____:____ UTC	K4 Gürtel-Inhouse <input type="checkbox"/>		_____

Lfd. Nr.:	Standort	Gerätetyp	Was ist passiert ?	Bemerkung
	Stadt/Gemeinde _____	MRT <input type="checkbox"/>	Kommunikation OK <input type="checkbox"/>	_____
	Ortsteil _____	HRT <input type="checkbox"/>	Kein Netz (Keine Netzanzeige) <input type="checkbox"/>	_____
	Straße _____	HRT+Mikro mit Antenne <input type="checkbox"/>	Kein Gesprächsaufbau <input type="checkbox"/>	_____
	Datum _____	Nutzung	Gesprächsabbruch im Stand <input type="checkbox"/>	_____
	Koordinaten/Zeit (*477 - Tafel 5)	K1 Kopf-Outdoor <input type="checkbox"/>	Gesprächsabbruch in Bewegung <input type="checkbox"/>	_____
	Lat ____:____.____ N	K2 Gürtel-Outdoor <input type="checkbox"/>		_____
	Long ____:____.____ E	K3 Kopf-Inhouse <input type="checkbox"/>	TMO Gruppe RP TR _____	_____
	Time ____:____:____ UTC	K4 Gürtel-Inhouse <input type="checkbox"/>		_____