

ANNEXE – COMMANDE ALARMIS

Prestataire Privé agréé POST Telecom (*) : _____

Client POST Telecom

Nom et prénom ou raison sociale : _____

Numéro de téléphone POST Telecom : _____

Adresses

Adresse d'installation

N° : ____ Rue : _____ CP : _____ Localité : _____ Etage/Appart. : ____

Nom/type du bâtiment (si différent du nom Client, p.ex. Administration et crèche) : _____

Précisions utiles concernant l'adresse : (description du bâtiment si plusieurs sur site...) :

Si l'adresse n'est pas répertoriée, précisez les coordonnées GPS : Latitude _____ Longitude _____

Personne de contact Client – Responsable de la sécurité

24h/24h et 7j/7 :

M. Mme Nom Prénom : _____ Fonction / Département / Service : _____

Tél : _____ Fax : _____ GSM : _____ E-mail : _____

Jours ouvrables heures de bureau (si différent 24/24) :

M. Mme Nom Prénom : _____ Fonction / Département / Service : _____

Tél : _____ Fax : _____ GSM : _____ E-mail : _____

Configuration Alarmis

Le client POST Telecom souhaite ajouter le Prestataire _____ comme prestataire partenaire de la solution Alarmis.

Contact Position n° : _____

Personne de contact Prestataire :

Nom / Prénom : _____

Tel : _____ E-mail : _____

Signature / Cachet du client POST Telecom

Signature / Cachet du prestataire

Ce document est à retourner :

Par courrier : Par courrier : POST Telecom – Commercial Support – L-2996 Luxembourg

Par mail : corporate.telecom@post.lu