

A COMPLETER PAR LE CLIENT POST TELECOM

Options : contacts supplémentaires

- Option 1 – 8 Contacts Supplémentaires
 Option 2 – 32 Contacts Supplémentaires

Attribution des alarmes au(x) prestataire(s) de service

Ce tableau est à compléter par le client ou par la société privée responsable de l'installation des alarmes

N° du contact	Cochez si utilisé	Nom du prestataire de service contractuellement lié à POST Luxembourg pour le service Alarmis
1	<input type="checkbox"/>	_____
2	<input type="checkbox"/>	_____
3	<input type="checkbox"/>	_____
4	<input type="checkbox"/>	_____
5	<input type="checkbox"/>	_____
6	<input type="checkbox"/>	_____

N° du contact	Cochez si utilisé	Nom du prestataire de service contractuellement lié à POST Luxembourg pour le service Alarmis
7	<input type="checkbox"/>	_____
8	<input type="checkbox"/>	_____
9	<input type="checkbox"/>	_____
10	<input type="checkbox"/>	_____
11	<input type="checkbox"/>	_____
12	<input type="checkbox"/>	_____

Options 1- 8 Contacts supplémentaires

N° du contact	Cochez si utilisé	Nom du prestataire de service contractuellement lié à POST Luxembourg pour le service Alarmis
13	<input type="checkbox"/>	_____
14	<input type="checkbox"/>	_____
15	<input type="checkbox"/>	_____
16	<input type="checkbox"/>	_____

N° du contact	Cochez si utilisé	Nom du prestataire de service contractuellement lié à POST Luxembourg pour le service Alarmis
17	<input type="checkbox"/>	_____
18	<input type="checkbox"/>	_____
19	<input type="checkbox"/>	_____
20	<input type="checkbox"/>	_____

Options 2 – 32 Contacts supplémentaires

N° du contact	Cochez si utilisé	Nom du prestataire de service contractuellement lié à POST Luxembourg pour le service Alarmis
21	<input type="checkbox"/>	_____
22	<input type="checkbox"/>	_____
23	<input type="checkbox"/>	_____
24	<input type="checkbox"/>	_____
25	<input type="checkbox"/>	_____
26	<input type="checkbox"/>	_____
27	<input type="checkbox"/>	_____
28	<input type="checkbox"/>	_____
29	<input type="checkbox"/>	_____
30	<input type="checkbox"/>	_____
31	<input type="checkbox"/>	_____
32	<input type="checkbox"/>	_____

N° du contact	Cochez si utilisé	Nom du prestataire de service contractuellement lié à POST Luxembourg pour le service Alarmis
33	<input type="checkbox"/>	_____
34	<input type="checkbox"/>	_____
35	<input type="checkbox"/>	_____
36	<input type="checkbox"/>	_____
37	<input type="checkbox"/>	_____
38	<input type="checkbox"/>	_____
39	<input type="checkbox"/>	_____
40	<input type="checkbox"/>	_____
41	<input type="checkbox"/>	_____
42	<input type="checkbox"/>	_____
43	<input type="checkbox"/>	_____
44	<input type="checkbox"/>	_____

En fonction du choix du tarif et des services effectués ci-dessus, le présent contrat (le « Contrat ») est souscrit pour une période initiale d'engagement de 12 mois commençant à courir au jour de l'activation au titre du présent Contrat.

Les données à caractère personnel collectées par le biais du présent formulaire par POST Telecom S.A., L-1235 Luxembourg, 1, rue Emile Bian en sa qualité de responsable du traitement, seront traitées conformément à la clause relative à la protection des données à caractère personnel stipulée aux Conditions Générales de Vente POST Telecom applicables en fonction de la catégorie du Client (Consommateur ou Professionnels) et à la Notice Protection des Données.

Les données à caractère personnel peuvent être traitées par POST Telecom S.A. aux fins de promotion par courrier postal des produits ou services accessoires ou complémentaires au présent service, sauf opposition exprimée par le client à adresser par écrit conformément à la Notice Protection des Données. Si cette promotion est faite par courrier électronique, chaque courrier électronique à des fins de prospection directe pour des produits ou services analogues au présent service informera le client de la possibilité de s'opposer sans frais à l'exploitation de ses coordonnées électroniques.

Le client déclare expressément :

Avoir pris connaissance et approuvé les dispositions en vigueur au jour de la conclusion du Contrat des Conditions Générales de Vente de POST Telecom S.A applicables en fonction de la catégorie du Client (Consommateur ou Professionnels) en ce inclus la clause limitative de responsabilité, la clause pénale et la clause attributive de compétence judiciaire, des Conditions Particulières relatives au(x) Produit(s) et/ou Service(s) souscrit(s) au titre du Contrat, du ou des Plans ou Fiches Tarifaires y applicables (et incluant la description des produits et/ou services concernés), qui font partie intégrante du Contrat, du document Neutralité du net et qualité du service d'accès internet relatif au(x) Service(s) Fixe et Mobile, des éventuelles sous-traitances décrites conformément à la clause relative à la confidentialité et de la Notice Protection des Données.

Ces documents sont publiés sur le site www.post.lu et sont consultables dans les points de vente physique de POST Telecom S.A.

Fait en autant d'exemplaires que de parties à _____ le _____
 Signature du titulaire ¹ : _____

Ce document est à retourner :

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

Par mail : corporate.telecom@post.lu

¹ Pour les sociétés, associations et assimilés, cachet et/ou nom et qualité du signataire

ANNEXE – COMMANDE ALARMIS

Prestataire Public : **POLICE GRAND DUCALE**

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 Public **POLICE GRAND DUCALE** comme prestataire partenaire de la solution Alarmis.

Contact Position n° : _____

Personne de contact POLICE GRAND DUCALE

Nom / Prénom : _____

Tel : _____ Email : _____

Pour faciliter le suivi de commande, le client accepte que Police puisse s'informer sur le statut de sa commande.

Signature /Cachet du client POST Telecom

Signature / Cachet du prestataire POLICE GRAND DUCALE

Ce document est à remplir online et un original signé est à retourner :

Par courrier à :

Centre d'intervention National de la Police Grand-Ducale
Complexe A, route de Trèves
L-2957 Luxembourg

ANNEXE – COMMANDE ALARMIS

Prestataire Public : CORPS GRAND-DUCAL INCENDIE & SECOURS (CSU112)

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 Public **CGDIS** (CSU112) comme prestataire partenaire de la solution Alarmis.

Contact Position n° : ____ Description type d'alarme : _____
 Contact Position n° : ____ Description type d'alarme : _____
 Contact Position n° : ____ Description type d'alarme : _____
 Contact Position n° : ____ Description type d'alarme : _____

Personne de contact CGDIS (CSU112)

Nom / Prénom : _____
 Tel : _____ E-mail : _____

Signature /Cachet du client POST Telecom

Signature / Cachet du prestataire CGDIS (CSU112)

Ce document est à retourner :

Par courrier : POST Telecom – Commercial Support – L-2996 Luxembourg
 Par mail : corporate.telecom@post.lu

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