

N° client: \_\_\_\_\_  
N° compte: \_\_\_\_\_

Ce formulaire est à compléter et signer par le client POST Telecom et le(s) prestataire(s) de service privé ou public agréé par POST Telecom.

☐ NOUVEAU    ☐ MODIFICATION    ☐ SUPPRESSION

## Client POST Telecom

Nom et prénom ou raison sociale : \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone POST Telecom : \_\_\_\_\_  
Numéro de compte POST Telecom : \_\_\_\_\_  
*(inscrit sur l'entête de votre facture/extrait de compte des Télécommunications)*

## Nouveau client

☐ Société (veuillez joindre une copie de vos statuts publiés au Mémorial, Recueil spécial, et vos procurations s'il y a lieu)

N° R.C. : \_\_\_\_\_ N° TVA : \_\_\_\_\_

Rubrique de l'activité principale dans l'annuaire professionnel : \_\_\_\_\_

## Adresses

### Adresse d'installation

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_ Etage/Appart. : \_\_\_\_\_

Date de mise en service souhaitée : \_\_\_\_\_

### Adresse de facturation ☐ idem adresse d'installation

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_ Etage/Appart. : \_\_\_\_\_

## Personne de contact responsable de la sécurité

☐ M.    ☐ Mme    Nom Prénom : \_\_\_\_\_ Fonction / Département / Service : \_\_\_\_\_

### Moyens pour vous contacter

Jours ouvrables heures de bureau (du lundi au vendredi, de 8h à 12h et de 13h à 17h, pour opérations et exploitation de réseau)

Tél : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ GSM : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Jours ouvrables hors heures de bureau (si différent heures de bureau)

Tél : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ GSM : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Week-end et jours fériés (si différent heures de bureau)

Tél : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ GSM : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

## Société privée responsable de l'installation des alarmes

Nom Prénom ou raison sociale: \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ GSM : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

## À remplir uniquement en cas de modification ou de suppression

Numéro ALARMIS concerné: 1351\_\_\_\_\_

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ajout de contacts       | <input type="checkbox"/> Changement du prestataire | <input type="checkbox"/> Suppression d'un prestataire |
| <input type="checkbox"/> Suppression de contacts | <input type="checkbox"/> Ajout d'un prestataire    | <input type="checkbox"/> Suppression d'ALARMIS        |

**Veuillez remplir les données en page 2 et 3 pour acceptation de la présente commande.**

N° client: \_\_\_\_\_  
N° compte: \_\_\_\_\_

## Prestataire(s) agréés POST Telecom

**Prestataire(s) public(s)** ☐ Protection Civile 112 ☐ Pompiers Ville de Luxembourg ☐ Police Grand-Ducale  
**Prestataire(s) privé(s)** ☐ G4S ☐ Dussmann ☐ PROSEGUR ☐ Securitas S.A. ☐ Seris Security ☐ Brinks

## Signalisation des alarmes d'interruption de ligne et de sabotage

**Attention:** Veuillez noter que les alarmes d'interruption de ligne et les alarmes de sabotage ne sont pas prises en compte par la Protection Civile ou par les Pompiers de la Ville de Luxembourg. La surveillance de celles-ci doit être assurée par un prestataire de service privé.

**Transmission de ces alarmes vers le prestataire de service privé suivant :**

Nom, Prénom ou raison sociale: \_\_\_\_\_  
Tél : \_\_\_\_\_ GSM : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_  
N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

## Signalisation des alarmes par SMS et E-mail

☐ Transmission des alarmes par Email et/ou Email vers SMS sur un mobile POST Telecom.

**Attention :** Cette option est complémentaire à la transmission des alarmes vers le prestataire de service.

Adresse(s) Email/Numéro de GSM\* :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*La longueur maximale ne peut pas excéder 70 caractères. Le numéro de GSM doit être indiqué au format suivant : [621123123@sms.luxgsm.lu](mailto:621123123@sms.luxgsm.lu). En cas d'ajout d'indication d'une adresse Email et d'un numéro de GSM, les deux coordonnées doivent être séparées par un « ; » (point-virgule).

## 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"/>	

N° client: \_\_\_\_\_  
N° compte: \_\_\_\_\_

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 pour Clients Professionnels de POST Télécom S.A. Le client adressera toute demande d'accès, de rectification et de suppression de ses données à caractère personnel par écrit avec copie de sa carte d'identité à l'adresse : POST Telecom S.A. L-1235 Luxembourg, 1, rue Emile Bian.

Le client s'engage à informer les utilisateurs de la manière dont leurs données à caractère personnel sont traitées et du contenu de la clause relative à la protection des données à caractère personnel stipulée aux Conditions Générales de vente pour Clients Professionnels de POST Télécom S.A. 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 avec copie de la carte d'identité à POST TELECOM S.A. 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 :

- (i) que POST Telecom m' a communiqué un exemplaire de la version, en vigueur au jour de la conclusion du Contrat (a) des Conditions Générales de Vente pour Clients Professionnels de POST Telecom S.A., (b) des Conditions Particulières relatives au(x) Produit(s) et/ou Service(s) souscrit(s) au titre du Contrat et (c) du ou des Plans Tarifaires y applicables (et incluant la description des produits et/ou services concernés), qui font partie intégrante du Contrat, et
- (ii) avoir pris connaissance des dispositions y énoncées, en ce inclus la clause limitative de responsabilité, la clause pénale et la clause attributive de compétence judiciaire ainsi que la clause de protection de données à caractère personnel, et les avoir approuvées.

Fait en autant d'exemplaires que de parties à

le

Signature du titulaire <sup>1</sup> :

Nom(s) du (des) prestataire(s) concerné(s):

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Signature du (des) prestataire(s) concerné(s) <sup>1</sup> :

_____
_____
_____
_____
_____
_____

A transmettre à votre délégué commercial ou au département Sales Entreprise

Mail : \_\_\_\_\_  
Fax : \_\_\_\_\_

Délégué commercial / shop

Commercial / shop : \_\_\_\_\_  
Tel : \_\_\_\_\_

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