

A COMPLETER PAR LE CLIENT POST TELECOM

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

Si plusieurs bâtiments sont à raccorder à la même adresse, prière d'utiliser un formulaire par bâtiment.

Adresse d'installation

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

Adresse de facturation idem 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 _____

Commande

Date de mise en service souhaitée : _____ Rush order (prix suivant le délai, sous réserve de disponibilité d'une équipe)

Personne de contact 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 : _____

Société privée responsable de l'installation des alarmes

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

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 le CGDIS (CSU112). 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 : _____

Option payante : 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.post.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).

Prérequis

Le client reconnaît avoir pris connaissance des prérequis nécessaires à l'installation Alarmis et mis en œuvre toutes les actions pour y répondre. Les prérequis sont disponibles sur la page Alarmis de notre site internet www.post.lu et sont également joints en annexe.

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 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

² Uniquement disponible si votre société a souscrit au service Prestataire ALARMIS



réf. CGDIS:

Date d'entrée :

« Demande CGDIS »

Projet

Nom bâtiment* :		Nom PAP**:	
N° :	Rue :	LOT N°**:	
L-	Localité/Quartier*:		
Commune*:		*Extrait des parcelles cadastrales à joindre impérativement	
Avis / Instruction technique			

Maître de l'ouvrage***Demandeur** (société qui introduit la demande auprès du CGDIS pour le MO)

Nom société/administration :		Nom société/administration :	
Nom :		Prénom :	
N° :	Rue :	N°	Rue :
-	Localité :	-	Localité :
Pays :		Pays :	
Matricule nationale CNS* :		E-mail :	
Matricule sécurité social étrangère* :		Téléphone :	
Matricule nationale société* :		Matricule nationale société* :	
N° d'identification TVA* :		Personne de contact pour le projet dans société :	
E-mail :		Fonction :	
Téléphone :		Nom :	
		Prénom :	
		Téléphone :	
Personne de contact dans société :		E-mail :	
Fonction :			
Nom :			
Prénom :			
E-mail :			
Téléphone :			

Remarques :

En complétant ce formulaire, vous acceptez que vos données à caractère personnel soient traitées par le Corps grand-ducal d'incendie et de secours (CGDIS) afin de mener à bien votre demande. Le destinataire de vos données est le Corps grand-ducal d'incendie et de secours (CGDIS). Ces informations sont conservées pour la durée nécessaire par le Corps grand-ducal d'incendie et de secours (CGDIS) à la réalisation de la finalité du traitement. Le Corps grand-ducal d'incendie et de secours (CGDIS) communiquera sur demande, au cas par cas, cette durée ou les critères qu'il utilisera pour la déterminer. Conformément au règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et le cas échéant d'effacement des informations vous concernant. Vous disposez également du droit de retirer votre consentement à tout moment. Si vous souhaitez exercer ces droits et/ou obtenir communication de vos informations, veuillez-vous adresser au Corps grand-ducal d'incendie et de secours (CGDIS) suivant les coordonnées indiquées dans le formulaire. Vous avez également la possibilité d'introduire une réclamation auprès du délégué à la protection des données du Corps grand-ducal d'incendie et de secours (CGDIS) via l'adresse e-mail suivante: juridique@cgdis.lu, ainsi qu'auprès de la Commission nationale pour la protection des données ayant son siège à 1 Avenue du Rock'n'roll, L-4361 Esch-sur-Alzette.

Date : _____

Signature maître d'ouvrage. : _____

réf. CGDIS:	
N° Alarmis:	

« Annexe 4 » Demande de raccordement via le réseau public de transmission d'alarmes vers le CSU 112

Nom et prénom ou raison sociale :	Numéro de téléphone POST Telecom :

Adresse d'installation :		Personne de contact 24/24 et 7/7 – Responsable de la sécurité:	
Nom Bâtiment :		Nom Prénom :	
N°	Rue :	Tel :	Fax :
L-	Localité :	GSM :	Email :
Si l'adresse n'est pas répertoriée, précisez les coordonnées GPS		Fonction :	Département :
Latitude :	Longitude :	Service :	

Type de bâtiment :					
<input type="checkbox"/>	Bâtiment administratif	_____ m2	<input type="checkbox"/>	Établissement commercial	_____ m2
<input type="checkbox"/>	Parkings	_____ empl.	<input type="checkbox"/>	Établissements de soins	tous
<input type="checkbox"/>	Établissements d'hébergements	_____ pers	<input type="checkbox"/>	Structures d'accueil pour enfants non-scolarisés	tous
<input type="checkbox"/>	Logements encadrés	Cas spécifiques	<input type="checkbox"/>	Halls industriels	_____ m2
<input type="checkbox"/>	Structures d'accueil pour enfants scolarisés	tous	<input type="checkbox"/>	Bâtiments à risque particulier	Cas spécifiques
<input type="checkbox"/>	Bâtiments publics et communaux	Cas spécifiques			

Configuration Alarmis :			
<input type="checkbox"/>	Contact position n° :	Description du type d'Alarme :	
<input type="checkbox"/>	Contact position n° :	Description du type d'Alarme :	
<input type="checkbox"/>	Contact position n° :	Description du type d'Alarme :	
<input type="checkbox"/>	Contact position n° :	Description du type d'Alarme :	

Personne de contact CGDIS	« Le client »
Nom Prénom :	Cachet :
Tel :	
Email :	
	Luxembourg, le _____

Réservé au Corps grand-ducal d'incendie et secours		
<input type="checkbox"/>	Accepté	Cachet :
<input type="checkbox"/>	Refusé – motif :	
<input type="checkbox"/>	Uniquement par boutons poussoirs	
		Luxembourg, le _____