

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLIENTS

## Type d'objectif

- Villa       Appartement       Commerce       Bureau       Usine  
 Autre: Préciser: \_\_\_\_\_



Pour les commerces, usines ou bureaux, indiquer la raison sociale:

## Coordonnées

Nom(s) & Prénom(s): \_\_\_\_\_  
 Rue<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_ <sup>1</sup>(étage, n° appartement...)  
 NPA et Lieu: \_\_\_\_\_  
 E-mail : \_\_\_\_\_  
 Téléphone: \_\_\_\_\_

## Procédure

- Mot de passe:** 1 \_\_\_\_\_ Chiffre à compléter ou mot.  
<sup>2</sup>si différent du 1. 2 \_\_\_\_\_ Chiffre à compléter ou mot pour les enfants ou famille par exemple.<sup>2</sup>  
 3 \_\_\_\_\_ Chiffre à compléter ou mot pour la femme de ménage ou société de nettoyage par exemple.<sup>2</sup>

### Contre-appel téléphonique:

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| • Contre-appel 24h/24                        | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Contre appel durant les heures d'ouverture | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Intervention immédiate                     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

### N° de contre-appel

(tenir compte de l'ordre de priorité.)

1 \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_

### Heures d'ouvertures :

(ou plus précisément les heures de possibilité de contre-appel – présence du personnel)

Lundi	de _____ à _____	et	de _____ à _____
Mardi	de _____ à _____	et	de _____ à _____
Mercredi	de _____ à _____	et	de _____ à _____
Jeudi	de _____ à _____	et	de _____ à _____
Vendredi	de _____ à _____	et	de _____ à _____
Samedi	de _____ à _____	et	de _____ à _____
Dimanche	de _____ à _____	et	de _____ à _____

### Non-stop:

(cocher les jours concernés.)

<input type="checkbox"/>	de _____ à _____
<input type="checkbox"/>	de _____ à _____
<input type="checkbox"/>	de _____ à _____
<input type="checkbox"/>	de _____ à _____
<input type="checkbox"/>	de _____ à _____
<input type="checkbox"/>	de _____ à _____

## Contacts

### Personnes de contact:

(par ordre de priorité.)

Téléphone fixe, natel ou professionnel (par ordre de priorité.)

	1	2	3
1			
2			
3			
4			
5			

.../...

## Divers

Date d'installation prévue:

SAV:  Oui  Non

Type de centrale:

Installateur:

<sup>3</sup> Préciser (Nom, adresse et téléphone)

EGS  Autre<sup>3</sup>

## Intervention

EGS:  Oui  Non

Police:  Oui  Non

Préciser laquelle:

Autre: Préciser:

Dossier Police:  Oui  Non

Sirène:  Oui  Non

Animaux:  Chat  Chien Nbr: \_\_\_\_\_

Préciser:

## Clé(s)

Nombre total de clés:

	Marque/type	Référence		Marque/type	Référence
1			3		
2			4		

## Critères

Effraction / Intrusion

Agression

Ouverture sous menace

Incendie

Urgence / Appel à l'aide

Homme mort

Sabotage

Dérangement centrale effraction

Dérangement centrale feu

Absence de passage (HelpBox)

Test cyclique  Oui  Non

Quotidien

Hebdomadaire

Contrôle des ouvertures/fermetures  Oui  Non Ouverture à \_\_\_h\_\_\_  
Fermeture à \_\_\_h\_\_\_

Si oui cocher les jours concernés: (cocher les cases utiles)

Lundi  Mardi  Mercredi  Jeudi  Vendredi  Samedi  Dimanche

## Zones

1	5	9
2	6	10
3	7	11
4	8	12

## Matériel

Emplacement:

Centrale

Emplacement:

Clavier

Emplacement:

Autre