

## A COMPLETER PAR LE CLIENT DEEP

### Client DEEP

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 : Notification des alarmes par SMS et E-mail

☐ Notification des alarmes par Email et/ou SMS

**Attention** : Cette option est complémentaire à la transmission des alarmes vers le prestataire de service. L'option nécessite obligatoirement un accès au portail Alarmis. Celui-ci est disponible depuis l'application **DEEP ControlCenter** avec des droits Global Administrator. Le formulaire de création de compte DEEP ControlCenter doit être complété.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse email : \_\_\_\_\_  
 Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

### 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.deep.eu](http://www.deep.eu) et sont également joints en annexe.

## A COMPLETER PAR LE CLIENT DEEP

### 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](http://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 <sup>1</sup> :

Ce document est à retourner :

Par courrier : DEEP – Commercial Support – L-2996 Luxembourg

Par mail : [contact@deep.eu](mailto:contact@deep.eu)

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

## ANNEXE – COMMANDE ALARMIS

☐ Prestataire Public : **POLICE GRAND DUCALE**

### Client DEEP

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 DEEP

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 DEEP

Signature / Cachet du prestataire

Ce document est à retourner :  
Par courrier : DEEP – Commercial Support – L-2996 Luxembourg  
Par mail : [contact@deep.eu](mailto:contact@deep.eu)

<sup>2</sup> Uniquement disponible si votre société a souscrit au service Prestataire ALARMIS

« Demande CGDIS »

Projet

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

|                                           |  |            |  |                                                                                 |  |            |  |
|-------------------------------------------|--|------------|--|---------------------------------------------------------------------------------|--|------------|--|
| <b>Maître de l'ouvrage*</b>               |  |            |  | <b>Demandeur</b> ( 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 :                                    |  |            |  | E-mail :                                                                        |  |            |  |
| Matricule nationale <b>CNS*</b> :         |  |            |  | Téléphone :                                                                     |  |            |  |
| Matricule sécurité social étrangère* :    |  |            |  | Matricule nationale société* :                                                  |  |            |  |
| Matricule nationale société* :            |  |            |  | <b>Personne de contact pour le projet dans société :</b>                        |  |            |  |
| N° d'identification TVA* :                |  |            |  | Fonction :                                                                      |  |            |  |
| E-mail :                                  |  |            |  | Nom :                                                                           |  | Prénom :   |  |
| Téléphone :                               |  |            |  | Téléphone :                                                                     |  |            |  |
| <b>Personne de contact dans société :</b> |  |            |  | 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 |                      |
| Accepté                                            | Cachet :             |
| Refusé – motif :                                   |                      |
| Uniquement par boutons poussoirs                   | Luxembourg, le _____ |