



FICHE DE RACCORDEMENT AU P.C / CONSIGNES DU CLIENT

Ref : ATSFRC2008

DATE/...../.....
de la mise en service

Raison sociale :	_____		
Code télésurveillance :	_____		
Adresse installation :	_____		
Code postal :	_____	Ville :	_____
Tél. :	_____	Fax. :	_____

PERSONNES A PREVENIR

N°	NOM/PRENOM	FONCTION	TELEPHONE	MOT DE PASSE	OBSERVATION	
1						
2						
3						
4						
5						
6						

HEURES D'OUVERTURES ET DE FERMETURES

TOLERANCE : 30 MM	M A T I N	APRES- MIDI
LUNDI		
MARDI		
MERCREDI		
JEUDI		
VENDREDI		
SAMEDI		
DIMANCHE		

CONSIGNES ET OBSERVATIONS GENERALES

--