



Compte d'alarme n° : _____

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES SERVICE DE SURVEILLANCE D'ALARME

NUMÉRO DU BÂTIMENT	
NOM D'IDENTIFICATION DU BÂTIMENT	
ID DU CLIENT (cf. facture)	
NOM DU CLIENT (POUR LA FACTURATION) (cf. facture)	

Dans le cas d'une notification du système concernant le contrat de surveillance d'alarme du client, les personnes répertoriées ci-dessous seront avisées quant à la nature de l'alarme.

Le présent formulaire doit être rempli pour toutes les modifications permanentes ou temporaires de la liste de contacts. Cette liste doit être mise à jour annuellement, et il en va de la responsabilité du client de s'assurer que cette liste de contacts soit à jour et exacte.

	Nom	Numéro de téléphone de l'entreprise	Numéro de téléphone cellulaire	Numéro de téléphone à domicile
Nom de la 1^{re} personne-ressource				
Nom de la 2^{re} personne-ressource				
Nom de la 3^{re} personne-ressource				
Personne-ressource supplémentaire				

DATE (Client)		NOM ET TITRE (Client)	
--------------------------	--	----------------------------------	--

DATE D'INSCRIPTION (Service de répartition)		SAISI PAR (Service de répartition) :	
--	--	---	--

Envoyer un courriel à : dispatch@iqaluit.ca

Le service de répartition de la Ville d'Iqaluit ne sera pas tenu responsable de tout dommage lié au fait que les personnes-ressources ne peuvent pas être jointes par téléphone si elles ne sont pas disponibles pour se rendre au bâtiment. Le client est juridiquement responsable si personne n'est disponible pour répondre à la notification d'alarme.