

Nº de Abonado:

Vendedor:

Instalador:

Fecha habilitación:

Hora de finalización de pruebas:

Hora de Inicio

Hora en que se retiran:

Datos del Abonado – Referencias del domicilio monitoreado

Razón Social:

Rubro:

Dirección monitoreada:

(entre y)

Localidad:

C.P:

Teléfono:

Residencial

Comercial

e-mail:

Nombre del Comercio o Titular:

Teléfono responsable:

Horarios:

Tolerancia:

Condiciones del Servicio

Serv. Asistencia Técnica:

Móvil de respuesta propio:

Reporte semanal de apertura / cierre:

Reporte mensual de apertura / cierre:

Impreso o por mail:

Hora de testeo:

Verificación de aperturas y cierres

Información Técnica

Tipo de panel:

Línea tomada:

Tipo de teclado - modelo:

Cantidad de zonas:

Registro de Apert. / Cierre:

Posee central telefónica:

Particionada:

Distribución de Zonas

Ubicación de la central:

Zona que la cubre:

Z1:

Z6:

Z11:

Z2:

Z7:

Z12:

Z3:

Z8:

Z13:

Z4:

Z9:

Z14:

Z5:

Z10:

Z15:

Vínculo primario:

Vínculo sec.:

Prestador:

1- 911 C.A.B.A.: (011) 4382-2853

1- 911 A.M.B.A.: (011) 5197-1639

2- Seccional Nº:

5- otro

3- Bomberos:

6- otro

4- Emergencia médica:

Teléfono:

Nº afiliado:

Lista de Llamadas

| Apellido y Nombres | Cargo /Relación | Palabra Clave | Teléfono |
|--------------------|-----------------|---------------|----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Proporciono los datos que se detallan firmando en conformidad

Firma y/o aclaración del Titular