

N° client: _____

Date effective au 1^{er} jour calendrier du mois suivant : _____

Titulaire sortant

Je soussigné (*Nom et prénom ou raison sociale*) : _____
déclare céder au titulaire entrant désigné ci-dessous le service Alarmis comme précisé ci-dessous.

Titulaire entrant

Le titulaire entrant déclare reprendre les services mentionnés ci-après à partir de la date indiquée

Client déjà abonné(e) POST Telecom avec le numéro suivant : _____

Nom et prénom ou raison sociale : _____

Nouveau Client Post Telecom :

Nom et prénom ou raison sociale : _____

Privé (veuillez joindre une photocopie de votre carte d'identité ou passeport)

Date de naissance : _____ Carte d'identité/passeport : _____

Le client souhaite la publication dans l'annuaire (joindre formulaire FC-0212)

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° : _____

Rubrique de l'activité principale dans l'annuaire professionnel : _____

Adresses de facturation

Adresse de facturation idem adresse actuelle

N° : _____ Rue : _____ CP : _____ Localité : _____ Etage/Appart. : _____

Contact

Nom Prénom : _____ Tél / GSM : _____ E-mail : _____

Transfert Alarmis¹

N° Alarmis : **135** _____ N° sur le transmetteur : **AL** _____

Transfert de la solution Alarmis, incluant tous les contacts existants du titulaire sortant

Transfert de la solution Alarmis, sans reprise des contacts existants. Attention : la nouvelle attribution des contacts doit être définie en page 2 du présent formulaire par le client reprenant le service et signée par le prestataire.

¹ L'Annexe Prestataire est obligatoirement à remplir et à joindre signée par le prestataire pour l'informer et obtenir son accord de reprise

Conditions spécifiques applicables au transfert de la solution Alarmis

« POST Telecom S.A. marque son accord avec le transfert des Services susvisés du Titulaire sortant vers le Titulaire entrant, sous réserve du respect des conditions cumulatives suivantes, expressément acceptées par le Titulaire :

- Le Titulaire déclare que la présente demande de transfert a fait l'objet d'un accord préalable avec le Repreneur, notamment en ce qui concerne la date souhaitée de transfert du Contrat (en ce inclus la réattribution du numéro d'appel fixe susvisé).
- L'adresse d'installation du titulaire sortant ne peut être différente de celle du titulaire entrant.
- La transcription des comptes implique pour le nouveau Titulaire l'acceptation de solde débiteur et/ou solde créditeur éventuels existants sur le (les) Comptes transcrits.
- Le Titulaire entrant est tenu de remettre l'ensemble des documents requis pour accorder une entrée en relation d'affaires. Pour les sociétés les statuts récents de la société sont à joindre à la présente. En cas de décès du titulaire sortant, merci de joindre l'acte de décès.
- Le Titulaire entrant accepte expressément de s'engager pour une période de douze (12) mois sur les Services transférés dans le cadre du présent formulaire
- En cas de non-reprise de certains services par le Repreneur, il appartient au Titulaire sortant de supprimer tous les services non-repris par le Repreneur avant la signature de la transcription.
- Post Telecom S.A. ne saurait, en aucun cas, être tenue pour responsable en cas de désaccord entre le Titulaire et le Repreneur après la signature du présent formulaire.
- Le Titulaire et le Repreneur sont conscients qu'aucune modification ne pourra être effectuée après la signature de la transcription.
- En cas de non-reprise de certains Services par le Titulaire entrant, pour quelque motif que ce soit, le Titulaire sortant reste tenu de payer les factures non réglées au titre de ces Services. Le Contrat est considéré comme étant résilié par le Client concernant ces Services non repris.

Si les conditions ci-dessus ne sont pas remplies, aucune suite positive ne pourra être réservée à la présente demande et la résiliation du Contrat aura lieu conformément aux dispositions des Conditions Générales de Vente applicables. Le Titulaire sortant reste dans ce cas tenu de payer les factures non réglées au titre de ces Services »

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 de POST Telecom S.A. applicables en fonction de la catégorie du Client (Consommateur ou Professionnel). Le client adressera toute demande d'accès, de rectification et de suppression de ses données à caractère personnel par écrit avec copie de sa carte d'identité à l'adresse : POST Telecom S.A. L-1235 Luxembourg, 1, rue Emile Bian.

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 avec copie de la carte d'identité à POST Telecom S.A. 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 :

- que POST Telecom m'a communiqué un exemplaire de la version, en vigueur au jour de la conclusion du Contrat (a) des Conditions Générales de Vente de POST Telecom S.A applicables en fonction de la catégorie du Client (Consommateur ou Professionnel), (b) des Conditions Particulières relatives au(x) Produit(s) et/ou Service(s) souscrit(s) au titre du Contrat et (c) du ou des Plans Tarifaires y applicables (et incluant la description des produits et/ou services concernés), qui font partie intégrante du Contrat, et
- avoir pris connaissance des dispositions y énoncées, en ce inclus la clause limitative de responsabilité, la clause pénale et la clause attributive de compétence judiciaire ainsi que la clause de protection de données à caractère personnel, et les avoir approuvées.

Fait en autant d'exemplaires que de parties à _____ le _____

Signature du titulaire sortant ou ayant droits*:

Signature du titulaire entrant* :

*pour les sociétés, associations et assimilés, cachet et/ou nom et qualité du signataire

N° client: _____

A COMPLETER PAR LE CLIENT POST TELECOM

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"/>	_____

Signature / Cachet du client POST Telecom*

Signature / Cachet du Prestataire*

² Uniquement disponible si votre société a souscrit au service Prestataire ALARMIS