****

**Service du commissariat des armées**

**Plate-forme commissariat Paris**

**ANNEXE 4 - FORMULAIRE DE DEMANDE D’INTERVENTION / RAPPORT D’INTERVENTION**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Consignes d’utilisation du formulaire** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1. **La CELMOB du BRD concerné doit OBLIGATOIREMENT être tenue informée de toute demande d’intervention adressée au titulaire. L’adresse fonctionnelle est la suivante (menu déroulant) :**   **gsbdd-idf-pole-XXX-coffretier.resp-contrat.fct@intradef.gouv.fr**   1. **Le SITE/Rep ou le THA/Rep et le représentant du titulaire conviennent ensemble des heures exactes à renseigner dans le formulaire.** 2. **Un formulaire est établi pour un seul meuble de sûreté.**   **Le technicien du titulaire doit compléter la partie nommée « rapport d’intervention ». Une copie de ce document sera transmise aux adresses fonctionnelles**  **[gsbdd-idf-pole-XXX-coffretier.resp-contrat.fct@intradef.gouv.fr](mailto:gsbdd-idf-pole-avp-coffretier.resp-contrat.fct@intradef.gouv.fr)**   1. **et** [***pfc-paris-bap.ach.fct@intradef.gouv.fr***](mailto:pfc-paris-bap.ach.fct@intradef.gouv.fr) | | | | | | | | | | | | | | |
| **Bénéficiaire** | **Délai d’intervention demandé** | | | | | | | | | | | | | | |
| **URGENT :**  **(sous 4 heures ouvrées)** | | | | |  | | | **NON URGENT :**  **(sous 8 heures ouvrées)** | | | | |  | |
| **Demandeur** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nom :** |  | | | | | | Prénom : | | |  | | | | |
| **Transmission de la demande** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Par (téléphone/courriel) :** | | | |  | | | Le : | | \_ \_ / \_ \_ / 20\_ \_ | | | A : | | \_ \_ H \_ \_ |
| **Bénéficiaire** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nom :** |  | | | | | | Prénom : | | |  | | | | |
| **Service :** | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Lieu (site / résidence)** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Numéro :** | |  | | Voie : | |  | | | | | | | | |
| **Bâtiment :** | |  | | Etage : | |  | | | | Complément : |  | | | |
| **Code postal :** | |  | | Ville : | |  | | | | | | | | |
| **Bénéficiaire et/ou titulaire** | **Description du meuble de sûreté concerné** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Type du meuble :** | | | | | |  | | | | | | | | |
| **Marque du meuble :** | | | | | |  | | | | | | | | |
| **Type de système de fermeture :** | | | | | |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bénéficiaire et / ou titulaire** | **Motif de l’intervention** | | | | | | |
| Ouverture de tout type de meuble de sûreté, équipé de tout type de serrure, sans tronçonnage ni découpage, pour divers motifs (oxydation des contacts, perte de code utilisateur, mauvaise manipulation, changement d'utilisateur, etc.) | | | | | |  |
| Reproduction et fourniture d'une clef **sur site** | | | | | |  |
| Reproduction et fourniture d'une clef **hors site** | | | | | |  |
| Fourniture et installation d'une poignée | | | | | |  |
| Fourniture et mise en place d'une serrure à disques | | | | | |  |
| Fourniture et mise en place d'une serrure à disques à **brouillage manuel** | | | | | |  |
| Fourniture et mise en place d'une serrure à combinaison mécanique à brouillage automatique **avec** compteur d’ouverture | | | | | |  |
| Fourniture et mise en place d'une serrure à combinaison mécanique à brouillage automatique **sans** compteur d’ouverture | | | | | |  |
| Fourniture et mise en place d'une serrure à combinaison mécanique à boutons | | | | | |  |
| Fourniture et mise en place d'une serrure à combinaison mécanique à clefs | | | | | |  |
| Fourniture et mise en place d'une serrure à combinaison électronique (ex : vitricode) | | | | | |  |
| Fourniture et installation de tout autre type de serrure que celles définies aux lignes 6 à 12 | | | | | |  |
| **Titulaire** | **RAPPORT D’INTERVENTION** | | | | | | |
| **Nom de l’intervenant :** | |  | | | | |
| **Prénom de l’intervenant :** | |  | | | | |
| **Début de l’intervention** | | | | | | |
| **Le :** | \_ \_ / \_ \_ / 20\_ \_ | | **A :** | \_ \_ H \_ \_ | | |
| **Réalisation des réparation(s) hors site/résidence ( oui / non ) :** | | | | |  | |
| **Nature de l’intervention :** | | | | |  | |
| **Fin du diagnostic** | | | | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Le :** | \_ \_ / \_ \_ / 20\_ \_ | **A :** | \_ \_ H \_ \_ | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Conclusion du diagnostic :** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Fin de l’intervention** | | | | | | |
| **Le :** | \_ \_ / \_ \_ / 20\_ \_ | | **A :** | | \_ \_ H \_ \_ | |
| **Enlèvement/restitution** | | | | | | |
|  | Date de l’enlèvement : | |  | | Date de la restitution : | |
| **Observations** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Bénéficiaire et/ou titulaire** | **Signatures pour attestation du service fait** | | | | | | |
| **Numéro du bon d’intervention du titulaire :** | | | |  | | |
| **Le SITE/ Rep ou le THA/Rep** | | | | Le représentant du titulaire | | |
| **Nom :** | |  | | Nom : | |  |
| **Signature :** | |  | | Signature : | |  |