

La Détection Electronique Française

S.A.S au capital de 5 000 000 Euros - R.C.S. EVRY B712 056 266 - Siret 712 056 266 00117
Parc d'Activités du Moulin de Massy - 9, rue du Saule Trapu - 91882 MASSY CEDEX

Tél : 01 60 13 81 28
Fax : 01 60 13 81 07

Code Agence : _____

N° d'Affaire : 02M

N° de contrat : _____

SITE : CLRMF Louvre.

Adresse de l'installation : Quai du Louvre 75001 Paris.

Interlocuteur intervention : SAFIR Tél. : _____

Installation sous contrat : OUI ☐ NON ☒ Installation sous garantie : OUI ☐ NON ☒

Adresse de facturation : _____

Interlocuteur facturation : _____ Tél. : _____

Conditions de paiement : Chèque à 30 jours ☐ Autres ☐ _____

Mise en service : Définitive ☐ Partielle ☐

Maintenance : Préventive ☐ Corrective ☐ N° d'enregist. d'appel / BT : _____

Anomalie signalée : _____

Intervention du : 21/03/2017 Heure d'arrivée : 07h Heure de (re)mise en service : _____ h

Heure de départ (si différente de l'heure de (re)mise en service) : _____ h

Constatation à l'arrivée : type de Matériel (1) Identification du problème (1)

(1) selon guide du technicien

Nature de l'intervention : Réalisation de essais de bon fonctionnement

dans la Salle AG-1AB au 3^{ème} s/bol en présence du C/SSI.
Le message d'évacuation lié à la ZAL3 est inaudible au 3^{ème} s/bol.
L'Arrêt CTA est fonctionnel, la PCF liée à la ZCL3 présente
un problème mécanique mais elle est bien astérée à la ZCL3.
Prévenir le maintenanceur du site pour résoudre le problème de la

ZCL3 et ZAL3. (1) Code de panne (1) Commentaire

Cause extérieure à l'installation : OUI ☐ NON ☒ Installation fonctionnelle après intervention : OUI ☐ NON ☒

Autres interventions à prévoir si oui nature : _____

APPRECIATION DU CLIENT SUR LA PRESTATION

Merci de bien vouloir cocher les cases ci-contre

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Passable	Médiocre
Respect des délais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de l'intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité du devoir de conseil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prestations achevées : <input type="checkbox"/>	Référence / Code	Qté fournie	Prix unitaire	Prix total	Facturable	
Devis complémentaire : <input type="checkbox"/>					Oui	Non
Déplacement						
Main-d'œuvre						

Montant total HT : _____ Euros

Validation DEF Nom du Technicien : <u>S. Khabe</u> Code du Technicien : <u>1925</u> Signature : <u>[Signature]</u>	Validation Client Nom : <u>FRAPIN G.</u> Fonction : <u>Resp. Projet</u> Date : <u>21/03/2017</u> Bon pour commande : OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>	(cachet sinon nom de la société et signature) <u>Safir Eng.</u> <u>[Signature]</u>
--	--	---