

KUNDNR:

|               |  |
|---------------|--|
| KUND:         | PRIVAT <input type="checkbox"/> FÖRETAG <input type="checkbox"/> |
| ADRESS:       |  |
| POSTNR / ORT: | PERS.NR/ORG NR:  |
| TELEFON OBJ:  |  |

**FAKTURERINGSADRESS:**

|               |
|---------------|
| KUND:         |
| ADRESS:       |
| POSTNR / ORT: |

|              |                                  |                                     |                                 |                                |                                |
|--------------|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| SÄNDARFORMAT | <input type="checkbox"/> ROBOFON | <input type="checkbox"/> SIA 0      | <input type="checkbox"/> SIA 1  | <input type="checkbox"/> SIA 2 | <input type="checkbox"/> SIA 3 |
|              | <input type="checkbox"/> VISTA   | <input type="checkbox"/> CONTACT ID | <input type="checkbox"/> ÖVRIGT |                                |                                |
| PRIMÄR NR    |                                  | SEKUNDÄR NR                         |                                 |                                |                                |
| MULTICOM     | <input type="checkbox"/> JA      | <input type="checkbox"/> NEJ        |                                 |                                |                                |

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| NYINSTALLATION                | <input type="checkbox"/>                          |
| UTÖKNING / ÄNDRING            | <input type="checkbox"/>                          |
| ANL.ÖVERFLYTTAD FRÅN ANNAN LC | <input type="checkbox"/> BEFINTLIGT AVTAL UPPHÖR: |

|                                       |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|
| <b>LARMKOD:</b>                       | <b>SEKTION:</b>          |
| 01 ÖVERFALL                           | <input type="checkbox"/> |
| 02 INBROTT                            | <input type="checkbox"/> |
| 03 DRIFTLARM                          | <input type="checkbox"/> |
| 04 FELLARM                            | <input type="checkbox"/> |
| 05 BRANDVARNING                       | <input type="checkbox"/> |
| 06 SABOTAGE                           | <input type="checkbox"/> |
| 07 FRÅNKOPPLING                       | <input type="checkbox"/> |
| 08 TILLKOPPLING                       | <input type="checkbox"/> |
| 09 TESTLARM                           | <input type="checkbox"/> |
| 99 ÅTERSTÄLLNING                      | <input type="checkbox"/> |
| <b>SEKTIONSFÖRTECKNING MEDFÖLJER.</b> | <input type="checkbox"/> |

|                                     |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|
| <b>ÅTGÄRDER VID LARM:</b>           |                          |
| <input type="checkbox"/> UTRYCKNING | <input type="checkbox"/> |
| BEVAKNINGSFÖRETAG:                  | TEL NR:                  |

| K-PERSON: | TELEFON KONTORSTID / ÖVRIG TID | ID-KOD |
|-----------|--------------------------------|--------|
|           |                                |        |
|           |                                |        |
|           |                                |        |
|           |                                |        |

|                         |             |
|-------------------------|-------------|
| <b>LARMINSTALLATÖR:</b> | <b>TEL:</b> |
|-------------------------|-------------|

Lövestad Larmcentral AB  
Södergatan 18  
275 75 LÖVESTAD

Tel. 0417-78800  
040-611 11 70  
Fax.0417-78810

Org.nr. 556583-1285  
Innehar F-skatt

Bankgiro: 5526-3396  
Postgiro: 476644-0