

SUB. OF SA. DONSO ANNIANAN

0000
AD N° 403733

CONTRATO DE SERVICIOS
SUPERVISIÓN REMOTA DE ALARMAS A 36 MESES

Sta. Rosa
1234
Santiago

27 de Agosto del año 2003 entre ADT SECURITY SERVICES S.A.,
representada por Rodolfo Vera Hartke
(nombre del gerente correspondiente)

SENCE 28-8-2004

_____ chileno, casado, de profesión _____ cédula nacional de identidad número _____
_____, todos domiciliados para estos efectos en calle Barros Errázuriz 1973, comuna de Providencia,

Santiago, en adelante «ADT», por una parte, y, por la otra, el cliente individualizado en la cláusula primera que sigue, en adelante el «Suscriptor»,
acuerdan el siguiente Contrato de Prestación de Servicios:

PRIMERO: ADT y el Suscriptor reconocen como parte integrante de este contrato la información que a continuación se detalla:

1.- DATOS DEL CLIENTE ARRENDATARIO PROPIETARIO OTRO (casa fiscal, de familiares, etc.) RUT 061002600-3

APELLIDO PATERNO (RAZÓN SOCIAL)		APELLIDO MATERNO		NOMBRE	
SERVICIO REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACION					
CALLE	NUM.	DEPTO.	COMUNALIDAD		
SANTA ROSA	1234		SANTIAGO CENTRO		
TELÉFONO INSTALACION	TELÉFONO ALTERNATIVO (CELULAR)	CORREO ELECTRONICO (e-mail)			
5563646					
NOMBRE EMPRESA DONDE TRABAJA		TELÉFONO DEL TRABAJO			

DESCRIPCION	V. UNIT.	CANTIDAD	VALOR MES
Supervisión mediante conexión remota Telefónica	1,0		UF+IVA
Supervisión mediante conexión remota Telefónica con envío de móvil	1,2		UF+IVA
Supervisión mediante conexión remota con respaldo Radial/Microondas	1,3	01	UF+IVA
Supervisión mediante conexión remota con respaldo Radial/Microondas y envío de Móvil	1,5		UF+IVA
Registro de Conexión y Desconexión	0,3		UF+IVA
Informes de comportamiento del sistema de alarma			UF+IVA
Plan de Calidad de Servicio Técnico			UF+IVA
TOTAL MENSUAL (IVA INCL.)*			1,53UF

* Pagaderos por períodos anticipados durante los 5 primeros días de cada mes.

3.- FORMA DE PAGO
TARJETA DE CREDITO: PAC: CENTROS DE PAGO:

DIFERENTE DIRECCION DE FACTURACION SI NO

DOMICILIO	NUM.	DEPTO.	COMUNALIDAD
HUERTAMANS	1570		SANTIAGO CENTRO

U.F. Considerada \$ _____ Forma pago 1° Cuota:
 Efectivo Banco: _____
 Cheque N° Cheque: _____
 Pago contra Factura

Total Neto	\$
IVA	\$
Total a Pagar	\$

4.- FRECUENCIA DE PAGO Mensual Trimestral Semestral Anual

AD	CODIGO	CODIGO BUCURSAL
RUT VENDEDOR	TELÉFONO DEL TRABAJO	
NOMBRE VENDEDOR		

