**KARTA INFORMACJI O OBIEKCIE W SYSTEMIE MONITOROWANIA ALARMÓW POŻAROWYCH**

**Pełna nazwa obiektu ABONENTA**: **Nr Abonenta:**

**Adres:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPIS OBIEKTU** |  | **OPIS SSP W OBIEKCIE** |
| Administrator obiektu: |  |  | Linia transmisji systemu: |  |
| Telefon administratora: |  |  | Zakres ochrony SSP w strefie pożarowej: |  |
| Specjalista ochrony przeciwpożarowej: |  |  | Typ SSP: |  |
| Telefon specjalisty ochrony ppoż.: |  |  | Typ centrali SSP: |  |
| Osoba odpowiedzialna za obiekt: |  |  | Archiwizacja zdarzeń: | Tak | Nie |
| Telefon osoby odpowiedzialnej za obiekt |  |  | Konserwator SSP: |  |
| Usytuowanie gł. wejścia do obiektu: |  |  | Telefon konserwatora SSP: |  |
| Umiejscowienie wejścia do siłowego sforsowania: |  |  | Okresy konserwacji SSP: |  |
| Dozór obiektu: | Całodobowy | Tak | Nie |  | Akustyczna sygnalizacja wewnętrzna alarmów: |  |
| W godzinach pracy: | Od: | Do: |  | Akustyczna sygnalizacja zewnętrzna alarmów: |  |
| Telefon: |  |  | Lokalizacja centrali SSP: |  |
| Powierzchnia użytkowa obiektu: |  |  | Czas potrzebny dla ochrony obiektu dla obsługi centrali T1: |  |
| Liczba klatek schodowych |  |  | Przyjęty czas obchodu ochrony obiektu dla weryfikacji alarmu T2: |  |
| Liczba kondygnacji: | Nadziemnych: |  |  | Liczba linii dozorowych SSP: |  |
| Podziemnych: |  |  | Liczba detektorów pożaru: |  |
| Liczba wyjść ewakuacyjnych |  |  | Liczba ostrzegaczy ręcznych: |  |
| Ilość osób w obiekcie | Dzień: | Noc: |  | Operator monitoringu: |  |

UWAGA: Suma czasów (T1+T2) na zgłoszenie się personelu i rozpoznanie nie może przekraczać **10 minut.**

**Wykaz osób upoważnionych do weryfikowania fałszywych alarmów**

UWAGA!!!!

Weryfikacji fałszywego alarmu w obiekcie należy dokonywać bez zbędnej zwłoki drogą telefoniczną poprzez wykonanie telefonu na poniższe numery z zachowaniem przywołanej kolejności :

81 886 71 07

998

81 886 34 47

ABONENT:

……………………………………..