

## **RICHIESTA TONER**

### **RICHIEDENTE**

Presidio ospedaliero \_\_\_\_\_

Unità operativa \_\_\_\_\_

Ufficio/servizi o \_\_\_\_\_

Dirigente responsabile \_\_\_\_\_

Centro di costo \_\_\_\_\_

Incaricato per il ritiro \_\_\_\_\_

### **TONER RICHIESTI**

Apparecchiatura per la quale è richiesto il toner : marca \_\_\_\_\_ modello \_\_\_\_\_

numero inventario \_\_\_\_\_ ubicazione \_\_\_\_\_

codice (ASL) toner \_\_\_\_\_ quantità richiesta (max 2 per macchina)

### **TONER RESTITUITI (1)**

Numero \_\_\_\_\_

(1) Nota bene

Per ogni due toner richiesti e ritirati dovrà essere restituito il toner esausto di marca corrispondente. In difetto di restituzione i toner nuovi non saranno consegnati.

DATA \_\_\_\_\_

**Firma leggibile del richiedente**

### **RITIRO**

codice (ASL) toner \_\_\_\_\_ quantità Ritirata \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ Firma leggibile dell'incaricato per il ritiro \_\_\_\_\_