

**Instituția Publică “Agenția Servicii Publice”
mun. Chișinău, str. A. Pușkin, 42**

Act Nr. _____ de predare-primire a cartușelor pentru restabilirea funcționalității

În conformitate cu contractul Nr. _____ din _____ Beneficiarul _____ predă Prestatorului

cartușe pentru restabilirea funcționalității:

Nr. d/o	Data	Tipul cartușului	Numarul de inventar a cartușului	Adnotare
1	ZZ.LL.AA	FX-10	XXXX-YYYYYY	
2	ZZ.LL.AA	Lexmark X264	XXXX-YYYYYY	
3	ZZ.LL.AA	12A	XXXX-YYYYYY	reclamare actul Nr. _____ din data _____

Cantitatea totală a cartușelor _____
Actele de reclamare în cantitate _____ acte au fost predate.
Cartușele nu au defecte de transportare și au completare deplină.

Data _____

A transmis:

(Numele, prenumele, funcția persoanei responsabile a ASP)

A primit: _____

(Numele, prenumele, funcția persoanei responsabile a Prestatorului serviciilor)

Act Nr.____ de predare-primire a cartușelor după restabilirea funcționalității

În conformitate cu contractul Nr.____ din____ Prestatorul_____ predă Beneficiarului
_____ cartușele după restabilirea funcționalității.

Nr. d/o	Data	Tipul cartușului	Numarul de inventar a cartușului	Tipul deservirii efectuate (denumirea și numărul conform contractului sau serviciile conform Actului de reclamare)	Cantitatea tonerului încărcat	Denumirea pieselor schimbate
1	ZZ.LL.AA	FX-10	XXXX_YYYYYY	XX.X - încărcare	XX gr	
2	ZZ.LL.AA	Lexmark X264	XXXX-YYYYYY	XX.X - regenerare	XX gr	lama de dozare, lama de curățire, fotoreceptorul, PCR.
3	ZZ.LL.AA	Lexmark E260	XXXX-YYYYYY	XX.X - profilaxie		
4	ZZ.LL.AA	12A	XXXX-YYYYYY	serviciile_____ conform "Actului de reclamare" Nr.____ din__		

Cantitatea totală a cartușelor

Toate cartușele nu au defecte de transportare și au comletarea deplină.

Data _____

(Numele, prenumele, funcția persoanei responsabile
A Prestatorului serviciilor)

Semnătura _____ L.Ș.

Data _____

A primit: _____

(Numele, prenumele, funcția persoanei responsabile
a ASP)

Semnătura _____ L.Ș.

Act de reclamare

Cartuș nr. _____

Model _____

A fost primit după încărcare și are defecțiuni _____

Data ____/____/2020