

RECUPERO, RACCOLTA E SMALTIMENTO DI TONER ESAUSTO

Ditta _____

Località _____

Telefono _____ Referente _____

RICHIESTA D'OFFERTA ACQUISTO TONER RIGENERATO

Marca

Modello

RICHIESTA D'OFFERTA PER CARTUCCE TONER ORIGINALE

Marca

Modello

RICHIESTA DI RACCOLTA TONER ESAUSTO

Data operazione
carico*

Toner

Codice CER

Quantità

*Si intende la prima operazione di carico effettuata dopo l'ultimo conferimento.

Data _____

TIMBRO E FIRMA
