

INCIDENT CARTOUCHE/PHOTOCONDUCTEUR

Date :

Nom/Raison sociale :

Adresse :

Ville :

N° Facture :

IMPRIMANTE :

MARQUE :

MODELE :

COMPTEUR COPIE :

Dans tous les cas, joindre la page de configuration lors de l'incident ainsi que 2 à 3 modèles du défaut constaté.

Feuille Test Jointe ?.....	OUI	NON
Exemple du défaut joint ?.....	OUI	NON

DETERMINATION DE LA CAUSE :

Date de la mise en place de la cartouche :.....		
Le problème a-t-il été précédé d'un événement particulier :	OUI	NON
Bourrage papier (a-t-il été retiré une feuille).....	OUI	NON
Utilisation d'un papier pré-imprimé ou réutilisé, à en-tête, grammage supérieur à 80 g	OUI	NON
Utilisation d'un transparent.....	OUI	NON
Utilisation d'étiquettes adhésives.....	OUI	NON
Impression recto-verso.....	OUI	NON
Le % d'utilisation du Photoconducteur :		
Autres événements connus :		

MESSAGE D'ERREUR INDIQUÉ PAR L'IMPRIMANTE :

DIAGNOSTIC ACTION TONER :

Date réception:	Cause défaut :
Date vérification:	% Utilisation :
Réparable :	Non Réparable :

OBSERVATIONS :