|  |  |
| --- | --- |
| **DANE O KASIE**  (WYPEŁNIA PRODUCENT) | |
| MODEL/TYP1) |  |
| NUMER FABRYCZNY |  |
| NUMER POTWIERDZENIA |  |
| NUMER UNIKATOWY KASY |  |
| IMIĘ I NAZWISKO LUB NAZWA PRODUCENTA ORAZ ADRES JEGO MIEJSCA ZAMIESZKANIA LUB SIEDZIBY |  |
| **DANE O SPRZEDAWCY KASY**  (WYPEŁNIA SPRZEDAWCA) | |
| NAZWA I ADRES SPRZEDAWCY KASY |  |
| **DANE O PROWADZĄCYM SERWIS KAS**  (WYPEŁNIA SERWISANT KAS) | |
| NAZWA I ADRES PROWADZĄCEGO SERWIS |  |
| **MIEJSCE UŻYTKOWANIA KASY**  (WYPEŁNIA UŻYTKOWNIK KASY) | |
| ADRES MIEJSCA, W KTÓRYM KASA JEST UŻYTKOWANA |  |
| NUMER EWIDENCYJNY KASY |  |
| SPOSÓB UŻYTKOWANIA KASY2) |  |
| PIECZĘĆ UŻYTKOWNIKA |  |

1) W przypadku kas współpracujących z taksometrem – dodatkowo typ taksometru.

2) Zgodnie z kategoriami, o których mowa w § 5 rozporządzenia.

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE UŻYTKOWNIKA KASY**  (WYPEŁNIA UŻYTKOWNIK KASY) | |
| NAZWA I ADRES SIEDZIBY UŻYTKOWNIKA KASY |  |
| NUMER IDENTYFIKACYJNY PODATNIKA |  |
| DATA I PODPIS OSOBY UPOWAŻNIONEJ |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **POTWIERDZENIE FISKALIZACJI KASY**  (W TYM ZAŁOŻENIA PLOMB) | | |
| DATA I GODZINA | SPOSÓB UŻYTKOWANIA KASY2) | IMIĘ I NAZWISKO ORAZ PODPIS SERWISANTA |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ZMIANY MIEJSCA UŻYTKOWANIA KASY** | |
| ADRES I DATA ZMIANY | PODPIS UŻYTKOWNIKA |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **WYMIANA PAMIĘCI FISKALNEJ KASY** | |
| DATA WYMIANY / NUMER UNIKATOWY KASY | PODPIS SERWISANTA |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **WYMIANA PAMIĘCI CHRONIONEJ KASY** | |
| DATA WYMIANY / NUMER PAMIĘCI | PODPIS SERWISANTA |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OSOBY UPOWAŻNIONE DO WYKONYWANIA SERWISU KASY REJESTRUJĄCEJ**  (WYPEŁNIA PROWADZĄCY SERWIS KAS / KIEROWNIK PUNKTU SERWISU KAS) | | | |
| NAZWISKO I IMIĘ | | NUMER IDENTYFIKACYJNY | PODPIS KIEROWNIKA SERWISU |
|  | |  |  |
| ADRES PUNKTU SERWISOWEGO I TELEFON |  |
| NAZWISKO I IMIĘ | | NUMER IDENTYFIKACYJNY | PODPIS KIEROWNIKA SERWISU |
|  | |  |  |
| ADRES PUNKTU SERWISOWEGO I TELEFON |  |
| NAZWISKO I IMIĘ | | NUMER IDENTYFIKACYJNY | PODPIS KIEROWNIKA SERWISU |
|  | |  |  |
| ADRES PUNKTU SERWISOWEGO I TELEFON |  |
| NAZWISKO I IMIĘ | | NUMER IDENTYFIKACYJNY | PODPIS KIEROWNIKA SERWISU |
|  | |  |  |
| ADRES PUNKTU SERWISOWEGO I TELEFON |  |
| NAZWISKO I IMIĘ | | NUMER IDENTYFIKACYJNY | PODPIS KIEROWNIKA SERWISU |
|  | |  |  |
| ADRES PUNKTU SERWISOWEGO I TELEFON |  |

Osoby, które nie świadczą serwisu, kierownik serwisu wykreśla i potwierdza imieniem i nazwiskiem oraz podpisem z dniem zaprzestania jego świadczenia.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ŻĄDANIE INTERWENCJI SERWISU KAS**  (WYPEŁNIA UŻYTKOWNIK KASY) | | | | |
| DATA, GODZINA | KTO WEZWAŁ | KOGO POWIADOMIŁ | W JAKI SPOSÓB | POTWIERDZENIE SERWISANTA KAS |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INTERWENCJE TECHNICZNE SERWISU KAS**  (WYPEŁNIA SERWISANT) | | |
| DATA  I GODZINA |  | |
| OPIS ZGŁOSZONYCH NIEPRAWIDŁOWOŚCI DZIAŁANIA KASY REJESTRUJĄCEJ | | |
| STAN PLOMB KASY, LICZBA | |  |
| ELEMENTY KASY WYMIENIONE PRZY NAPRAWIE | |  |
| WYSZCZEGÓLNIENIE DRUKOWANYCH DOKUMENTÓW FISKALNYCH | |  |
| PRZYCZYNY, Z POWODU KTÓRYCH JEST NIEMOŻLIWA NAPRAWA KASY NA MIEJSCU | |  |
| MIEJSCE NAPRAWY KASY, ADRES SERWISU | | IMIĘ I NAZWISKO ORAZ PODPIS SERWISANTA |
| ODBIÓR NAPRAWIONEJ KASY REJESTRUJĄCEJ | | |
| DATA  I GODZINA | |  |
| POTWIERDZENIE ODBIORU KASY  – ZWROT DOKUMENTÓW FISKALNYCH  – STAN PLOMB PRAWIDŁOWY | | DATA, GODZINA, IMIĘ I NAZWISKO ORAZ PODPIS UŻYTKOWNIKA KASY |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PRZEGLĄD TECHNICZNY KASY REJESTRUJĄCEJ**  (WYPEŁNIA SERWISANT KAS) | | |
| DATA WYKONANIA  PRZEGLĄDU TECHNICZNEGO | STWIERDZONE NIEPRAWIDŁOWOŚCI DZIAŁANIA KASY | IMIĘ I NAZWISKO ORAZ PODPIS SERWISANTA KAS |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |