



БАРАЊЕ за персонален дозиметриски мониторинг

Ве молиме да ни ги испорачате следните дозиметри:

Тип на дозиметар	Мониторинг период (2 недели, 1 или 3 месеци)	Број на корисници
TLD – цело тело		
TLD – екстремитети		
TLD – неутрони		

<u>Нарачател/Институција:</u>		<u>Адреса</u>	
		<u>Град, место:</u>	<u>Поштенски број:</u>
Телефон:	Факс:	e-mail:	
<u>Име и презиме на овластеното лице:</u>			
<u>Работно место/ функција:</u>			
<u>Име и презиме на лице одговорно за спроведување на програм за заштита од зрачење:</u>			
<u>Работно место:</u>			
<u>Стручна подготовка:</u>			
<u>Адреса за испорака на дозиметрите:</u>			
Телефон:	Факс:	e-mail:	
Контакт лице:			
<u>Адреса за испраќање на извештаите од отчитувањата: (се пополнува доколку се разликува од претходната адреса)</u>			
Телефон:	Факс:	e-mail:	
Контакт лице:			
<u>Адреса за испраќање на фактурите од извршената услуга: (се пополнува доколку се разликува од претходната адреса)</u>			
Телефон:	Факс:	e-mail:	
Контакт лице:			

Изјавуваме дека во целост ги прифаќаме Општите правила за персонален дозиметриски мониторинг (02 11 РУ 4.4 01). Плаќањето ќе го извршиме согласно важечкиот ценовник на ИЈЗ

Број: _____
Датум: _____

Потпис и печат,
(на нарачателот)



БАРАЊЕ за персонален дозиметриски мониторинг

пополнува ИЈЗ – Лабораторија за јонизирачко зрачење датум ____/____/20____ приемен број _____	проверил
а) Образецот Е / НЕ Е уредно пополнет	
б) одобрено за регистрација	
други забелешки:	