(на бланке организации)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ»Ю.А.Васильеву |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Исх. № |  | от | дд.мм.гггг |
| Вх. № |  | от | дд.мм.гггг |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Просим Вас провести аудит радиационного выхода клинических пучков радиотерапевтического оборудования:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Название радиотерапевтического оборудования** | **Заводской/****серийный номер** | **Произ-водитель** | **Диапазон энергий фотонов** | **Количество пучков на аудит** | **Наименование системы планирования** |
| *1* | *МЛУЭ Halcyon* | *99* | *Varian* | *6 МэВ* | *1* | *Eclipse* |
| *2* | *МЛУЭ TrueBeam* | *100* | *Varian* | *6-15 МэВ* | *4* | *Eclipse* |
| *3* | *МЛУЭ Versa HD* | *101* | *Elekta* | *6-15 МэВ* | *5* | *Monaсo* |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (Должность руководителя) |  | (Подпись заявителя) |  | (Расшифровка подписи) |

МП