(на бланке организации)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | Директору ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ»  Васильеву Ю.А. |
| Исх. № |  | от | дд.мм.гггг |
| Вх. № |  | от | дд.мм.гггг |

Администрация\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

просит Вас принять на индивидуальный дозиметрический контроль персонал, работающий с источниками ионизирующего излучения (ИИИ).

Группа А.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Ф.И.О.** | **Год рождения** | **Пол (М/Ж)** | **Должность** | **Год начала работы с ИИИ** | | **№ дозиметра** | **Назван. рентген. аппарата** |
| **Первичн.** | **В МО** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |

В случае потери дозиметра гарантируем возмещение потери путем покупки аналогичного дозиметра.

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

МП

Просим ИЛ ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» самостоятельно осуществлять выбор методов и методик испытаний (измерений) без согласования с Заявителем.

ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» передал, представитель медицинской организации получил \_\_\_\_\_\_ дозиметров.

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

Представитель МО: Фамилия Имя Отчество, Телефон, e-mail

Вход. №\_\_\_\_\_\_\_\_\_