

.....
(Pieczęć jednostki organizacyjnej)
.....
(Adres)
.....
(Tel. kontaktowy)

..... data
(Miejscowość)

Małopolski Państwowy
Wojewódzki Inspektor Sanitarny
ul. Prądnicka 76
31-202 Kraków

Wniosek

☐ wygaszenie decyzji nr..... z dnia.....zezwalającej na:

uruchamianie i stosowanie aparatu (ów) rentgenowskiego (ich) do celów diagnostyki medycznej / radiologii zabiegowej / radioterapii powierzchniowej i radioterapii schorzeń nienowotworowych*

☐ wygaszenie decyzji nr..... z dnia.....zezwalającej na:

uruchamianie pracowni stosujących aparaty rentgenowskie w ww. celach medycznych: diagnostyki medycznej / radiologii zabiegowej / radioterapii powierzchniowej i radioterapii schorzeń nienowotworowych;*

1. Dane jednostki organizacyjnej ubiegającej się o wydanie decyzji wygaszającej:

Nazwa
Numer w krajowym rejestrze podmiotów gospodarki narodowej (REGON)
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)
Numer i data wpisu do ewidencji działalności gospodarczej (KRS) (jeśli dotyczy)
Adres (kod, miasto, ulica):
Tel.
Faks
Adres poczty elektronicznej

2. Nazwa i adres komórki organizacyjnej, która wykonywała działalność, jeśli jest inna niż w pkt 1:

Nazwa
Adres (kod, miasto, ulica, nr kondygnacji):
Tel.
Faks
Adres poczty elektronicznej

3. Termin zakończenia działalności:

*- właściwe zaznaczyć

W przypadku gdy wniosek dot. uchylenia zezwolenia na uruchomienie i stosowanie aparatu rentgenowskiego także punkty 4, 5, 6:

4. Informacje charakteryzujące aparat rentgenowski

- 1) Typ aparatu rtg
(**wybrać jedno właściwe:** zastosowanie w radiologii zabiegowej naczyniowej, zastosowanie w radiologii zabiegowej pozostałej, zastosowanie w diagnostyce bez radiologii zabiegowej, tylko do zdjęć, do zdjęć i prześwietleń, mammograf, stomatologiczny wewnętrzny, stomatologiczny panoramiczny, densytometr, tomograf komputerowy, do terapii powierzchniowej, do terapii schorzeń nienowotworowych*)
- 2) Model aparatu rtg
- 3) Numer fabryczny aparatu rtg
- 4) Nazwa wytwórcy (producent aparatu rtg)
- 5) Rok produkcji aparatu

Uwaga: wypełnić dla każdego aparatu oddzielnie, w przypadku gdy jest uruchamianych więcej niż jeden.

5. Sposób zabezpieczenia aparatów rentgenowskich przed przypadkowym uruchomieniem (dot. aparatów rentgenowskich pozostających w jednostce do czasu ich faktycznego usunięcia)

.....
.....

6. Inne informacje dotyczące dalszego postępowania z aparatem rentgenowskim (np. aparat odsprzedany, aparat utylizowany)

.....
.....

.....
Podpis kierownika jednostki

* – do wyboru, niepotrzebne skreślić

☐ - właściwe zaznaczyć