\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Регистрационный №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Заполняется лабораторией радиационного контроля

Исх. номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Генеральному директору

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 г ООО «Медтехторгсервис»

Вх. номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Волкову Сергею Леонидовичу

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 г

 **ЗАЯВКА на проведение испытаний (измерений)**

|  |
| --- |
| Наименование учреждения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Юридический адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ИНН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Контактные данные\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес эл. Почты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Контроль эксплуатационных параметров рентгеновского оборудования (заполняется в соответствии с паспортом или регистрационным удостоверением на рентгеновский аппарат)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Наименование рентгеновского аппарата** | **Заводской №** | **Год выпуска** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

**Определение свинцового эквивалента средств индивидуальной защиты от рентгеновского излучения**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование средства защиты** | **Свинцовый эквивалент** | **Кол-во** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

**Дозиметрический контроль рентгеновских кабинетов и рабочих местах персонала**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Назначение рентгеновского кабинета (например: рентгенодиагностический, флюорографический, стоматологический и т.д.)** | **Кол-во** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |

 Примечание: Пустые и не заполненные строки или таблицы удалить. Подписанную заявку отправить на эл. адрес medtehtorgservis@mail.ru.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись Ф.И.О Руководителя юридического лица