

Ek-5.2

**RADYOAKTİF MADDE İLE YATAKLI TEDAVİ YAPILAN ÜNİTELERİN  
ZIRHLAMA UYGUNLUK RAPORU BAŞVURU FORMU**

<b>Ünitenin Bulunacağı : Kuruluşun Adı</b>			
<b>Adresi :</b>			
<b>Posta Kodu :</b>	<b>Semt / İlçe :</b>	<b>Şehir :</b>	
<b>Telefon :</b>	<b>Faks :</b>		
<b>Proje İçin İrtibat Kurulacak Kuruluşun / Kişinin Adı:</b>			
<b>Telefonu :</b>	<b>Dahili :</b>	<b>E-posta :</b>	
<b>Cep Telefonu :</b>	<b>Faks :</b>		
<b>Adresi :</b>			
<b>Posta Kodu :</b>	<b>Semt / İlçe :</b>	<b>Şehir :</b>	
<b>Kaşe/İmza :</b>			
<b>KULLANILACAK OLAN RADYASYON KAYNAĞI:</b>			
<input type="checkbox"/> I-131 <input type="checkbox"/> Diğer ..... (Lu-177, In-111 vb. belirtiniz)			
<b><u>TEDAVİ ODASI VE SIVI RADYOAKTİF ATIK TANKI HAKKINDA BİLGİLER</u></b>			
<b>Oda sayısı :</b>			
<b>Tank sayısı :</b>			
<b>Tank kapasitesi :</b>			