

KABİNLİ RADYOSKOPİ CİHAZLARI İÇİN LİSANS BAŞVURU FORMU FORMATI

Kurum / Kuruluşun unvanı:			
Adresi:			
Posta kodu:	Semt / İlçe:	Şehir:	
Telefon:	Faks:	E-posta:	
Cihazın / Kaynağın bulunacağı tesisin adı:			
Adresi:			
Posta kodu:	Semt / İlçe:	Şehir:	
Telefon:	Faks:		
1) CİHAZIN ÖZELLİKLERİ			
Cinsi	Grafi <input type="checkbox"/>	Skopi <input type="checkbox"/>	CT <input type="checkbox"/>
Markası			
Modeli			
Seri numarası			
Maksimum kV			
Maksimum mA			
Kullanım amacı			
Satın veya devir alındığı Kuruluş adı ve tarihi			
2) RADYASYON GÜVENLİĞİ DONANIMLARI*			
Işıklı / Sesli uyarı	Mevcut <input type="checkbox"/>		
Cihaz üzerindeki etiketler	Mevcut <input type="checkbox"/>		
Devre Kesici (Interlock)	Mevcut <input type="checkbox"/>		
*Mevcut ise onay kutusunu işaretleyiniz.			
Yukarıda belirtilen kuruluş bünyesinde radyasyondan korunma sorumlusu olarak görevlerimi yürürlükteki <u>Radyasyon Güvenliği Tüzüğü</u> ve <u>Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği</u> hükümleri çerçevesinde yerine getireceğimi taahhüt ederim.		Radyasyon kaynakları ile yapacağım her türlü uygulamada yürürlükteki <u>Radyasyon Güvenliği Tüzüğü</u> ve <u>Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği</u> hükümlerine uyacağımı, aksi takdirde lisansımın iptal edilmesini, genel hukuk esasları dahilinde takibat yapılmasını, oluşabilecek zararları ve tazminat davalarını deruhte edeceğimi Kurumunuza karşı kabul ve taahhüt etmek şartı ile gerekli lisansın verilmesini arz ederim.	
<u>RADYASYONDAN KORUNMA SORUMLUSU</u>		<u>TESİS SORUMLUSU</u>	
Adı-Soyadı:		Adı-Soyadı:	
Mesleği:		Görevi:	
T.C. Kimlik no:		T.C. Kimlik no:	
Doğum yeri ve tarihi:		Doğum yeri ve tarihi:	
Tel iş:		Tel iş:	
Tel cep:		Tel cep:	
Tarih:		Tarih:	
İmza:		İmza:	

**SORUMLU KİŞİLERE İLİŞKİN KİMLİK VE İLETİŞİM BİLGİLERİNİN EKSİK VE BAŞVURU
FORMUNUN İMZASIZ OLMASI DURUMUNDA BAŞVURUNUZ EKSİK OLARAK
DEĞERLENDİRİLECEKTİR.**