

**RADYOAKTİF KAYNAK/ CİHAZ/ TAŞIMA KABI İÇİN TRANSİT GEÇİŞ İZNİ
BAŞVURU FORMU**

Kurum/Kuruluşun unvanı:			
Adresi:			
Posta kodu:		Semt / İlçe:	
Telefon:		Şehir:	
Faks:		Vergi No:	
Taşıma güzergahı: (Geldiği ve gideceği ülke)			
Taşıma tarihleri			
Radyoaktif kaynak içeren paket karayolu ile taşınacak ise;		Radyoaktif kaynak içeren paket karayolu ile taşınmayacak ise;	
Giriş gümrüğü:		Havayolu transit geçiş gümrüğü:	
Çıkış gümrüğü:			
1) RADYOAKTİF KAYNAĞIN ÖZELLİKLERİ			
Cinsi	:		
Markası	:		
Modeli	:		
Seri numarası	:		
Aktivitesi /Aktivite tarihi	:		
G.T.İ.P. No	:		
2) RADYOAKTİF KAYNAĞIN İÇİNDE BULUNDUĞU CİHAZIN ÖZELLİKLERİ			
Markası	:		
Modeli	:		
Seri numarası	:		
G.T.İ.P. No	:		
3) DİĞER BİLGİLER			
Taşıma kabının seri numarası	:		
G.T.İ.P. No	:		
Sevkiyat tipi	:	RADYOAKTİF	
Tehlikeli madde sınıfı	:	7	
UN numarası	:		
Paket tipi	:		
TI (Taşıma indisi)	:		
Etiket	:		
Yukarıda belirtilen bilgilerin doğruluğunu beyan ederim.			
<u>RADYASYONDAN KORUNMA SORUMLUSU</u>		<u>LİSANS SAHİBİ</u>	
Adı-Soyadı:		Adı-Soyadı:	
T.C. Kimlik No:		T.C. Kimlik No:	
Tel İş/Cep:		Tel İş/Cep:	
Tarih:		Tarih:	
İmza ve Kaşe:		İmza ve Kaşe:	

Not: Transit geçişin tamamlandığını gösteren belgenin 15 gün içerisinde Kuruma iletilmesi gerekmektedir.