**TIBBİ RADYOLOJİ UYGULAMALARININ YAPILDIĞI ODALARIN**

**ZIRHLAMA UYGUNLUK RAPORU BAŞVURU FORMU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cihazın Bulunacağı**  **Kuruluşun Adı** | | | **:** |  | | | | | | | | |
| **Adresi** | | | **:** |  | | | | | | | | |
| **Posta Kodu** | **:** |  | | | **Semt /**  **İlçe** | | | **:** |  | **Şehir** | **:** |  |
| **Telefon** | **:** |  | | | **Faks** | | | **:** |  |  | **:** |  |
| **Proje İçin İrtibat Kurulacak Kuruluşun / Kişinin Adı:** | | | | | | | | | | | | |
| **Telefonu** | **:** |  | | | **Dahili** | | | **:** |  | **E-posta** | **:** |  |
| **Cep**  **Telefonu** | **:** |  | | | **Faks** | | | **:** |  |  |  |  |
| **Adresi** | **:** |  | | | | | | | | | | |
| **Posta Kodu** | **:** |  | | | **Semt /**  **İlçe** | | | **:** |  | **Şehir** | **:** |  |
| **Kaşe/İmza** | | | **:** |  | | | | | | | | |
| **CİHAZA İLİŞKİN BİLGİLER** | | | | | | | | | | | | |
| **Cinsi/Kullanım Amacı**  **(grafi, skopi vb.)** | | | | | | **:** |  | | | | | |
| **Mimari projede cihazın bulunduğu oda numarası** | | | | | | **:** |  | | | | | |
| **Marka** | | | | | | **:** |  | | | | | |
| **Model** | | | | | | **:** |  | | | | | |
| **Seri no** | | | | | | **:** |  | | | | | |
| **Maksimum kV** | | | | | | **:** |  | | | | | |
| **Maksimum mA** | | | | | | **:** |  | | | | | |
| **Haftalık tahmin edilen**  **maksimum işyükü (mA.dak)** | | | | | | **:** |  | | | | | |
| **Haftalık tahmin edilen maksimum hasta sayısı** | | | | | | **:** |  | | | | | |