**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** | **:** |  |