**Ek-5.2**

**RADYOAKTİF MADDE İLE YATAKLI TEDAVİ YAPILAN ÜNİTELERİN**

**ZIRHLAMA UYGUNLUK RAPORU BAŞVURU FORMU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ünitenin 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** | **:** |  |
| **KULLANILACAK OLAN RADYASYON KAYNAĞI:** |
| **[ ]  I-131** | **[ ]  Diğer ………………… (Lu-177, In-111 vb. belirtiniz)** |
| **TEDAVİ ODASI VE SIVI RADYOAKTİF ATIK TANKI HAKKINDA BİLGİLER** |
| **Oda sayısı** | **:** |  |
| **Tank sayısı** | **:** |  |
| **Tank kapasitesi** | **:** |  |