

## ΑΙΤΗΣΗ

### Οδοντιατρικού ακτινολογικού εργαστηρίου κατηγορίας Χ-Οδ

Προς την Ελληνική Επιτροπή Ατομικής Ενέργειας

#### Στοιχεία αιτούντος φυσικού ή νομικού προσώπου

Επώνυμο ή επωνυμία	
Όνομα	
ΑΦΜ	
ΔΟΥ	
Διεύθυνση	
Όροφος	
ΤΚ	
Πόλη	
Τηλ	
Φαξ	
Email	

#### Στοιχεία υπευθύνου ή επιπλέον συνυπεύθυνων

Επώνυμο	
Όνομα	
Πατρώνυμο	
ΑΜΚΑ	
Επώνυμο	
Όνομα	
Πατρώνυμο	
ΑΜΚΑ	

(Σε περίπτωση περισσότερων υπευθύνων χρησιμοποιήστε επιπλέον έντυπο)

Αυτή είναι η πρώτη αίτηση προς την ΕΕΑΕ

Έχει γίνει στο παρελθόν αίτηση προς την ΕΕΑΕ.

Η παρούσα αίτηση αφορά:

Ανανέωση της άδειας λειτουργίας

Μεταφορά του εργαστηρίου

Τροποποίηση εξοπλισμού (αλλαγή/προσθήκη)

Νέο υποκατάστημα

Παρακαλούμε σημειώστε το αντικείμενο της αίτησης

Προέγκριση Κατασκευής ..... ακτινολ. θαλάμων

Πιστοποιητικό καταλληλότητας

Άλλο (παρακαλούμε περιγράψτε):

Εξοπλισμός που αφορά η αίτηση

Είδος εξοπλισμού

Αριθμός

Οπισθοφατνιακά συστήματα

Ορθοπαντομογράφοι

Τομογράφοι CBCT

Βεβαιώνω ότι

- Τα παραπάνω στοιχεία είναι ακριβή.
- Έχω λάβει γνώση όσων αναφέρονται στην Έκθεση του Ακτινοφυσικού που επισυνάπτεται.
- Γνωρίζω την υποχρέωσή μου να δέχομαι και να διευκολύνω τη διεξαγωγή ελέγχων από την ΕΕΑΕ στο παραπάνω εργαστήριο.

Ημερομηνία: \_\_/\_\_/201\_\_

(Σφραγίδα-Υπογραφή)