

Unterschrift **Strahlenschutzverantwortlicher** (oder Strahlenschutzbeauftragter oder Strahlenschutzbevollmächtigter) Datum, **Stempel der Einrichtung**

**Bitte geben Sie Auskunft über:**

**1. SSV**

**2. Nuklearmediziner**

**3. MPE**

Ihre E-Mail für evtl. Rückfragen	<input type="checkbox"/> Arzt:
	<input type="checkbox"/> MPE
	<input type="checkbox"/> Verwaltung:

**Rechnungsadresse:**

**1. Strahlenschutzverantwortliche(r)** (bitte alle SSV auflisten):

Titel/ Name	Vorname	Anschrift

**2. alle Nutzer (Ärzte) der Anlagen**

Nr.	Titel/Name	Vorname	Dienstanschrift nicht zutreffendes streichen
1			Praxis/Gemeinschaftspraxis/ Apparategem./Praxisgem./MVZ/Poliklinik/Krankenhaus
2			Praxis/Gemeinschaftspraxis/ Apparategem./Praxisgem./MVZ/Poliklinik/Krankenhaus
3			Praxis/Gemeinschaftspraxis/ Apparategem./Praxisgem./MVZ/Poliklinik/Krankenhaus

**3. Medizinphysikexperte(n) (MPE)**

1			Kontaktdaten:
2			Kontaktdaten: