Директору ООО «АМТ-комплект»

Коротких И. Е.

**Заявка на проведение радиационного контроля в рентгеновском (стоматологическом) кабинете**

|  |  |
| --- | --- |
| **Заказчик:** | ООО « »  |
| *(наименование юридического лица)* |
| **ИНН/КПП:** |  |
| **ОГРН:** |  |
| **Юридический адрес:** |  |
| **Адрес проведения работ:** |  |
| **Корпус:** |  |
| **Этаж:** |  |
| **Помещение:** |  |
| *(№ кабинета)* |
| **Готовность кабинета к проведению радиационного контроля:** |  |
| *(Готов или дата готовности)* |
| **Контактное лицо:** |  |
| *(должность, Ф.И.О.)* |
| **Номер телефона:** | +7 |
| **e-mail:** |  |
| **Наименование аппарата:**(Согласно регистрационному удостоверению) | **Заводской номер** | **Год выпуска** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

При проведении радиационного контроля в рентгеновском (стоматологическом) кабинете необходимо предоставить:

1. *Технологический проект на рентгеновский кабинет.*
2. *Технический паспорт на кабинет (только для действующих кабинетов).*
3. *Техническая документация на рентгеновский аппарат.*

При проведении испытаний будет обеспечено присутствие представителей «Заказчика», ответственных за эксплуатацию оборудования и обеспечено свободное перемещение сотрудников, осуществляющих контроль, по всем контролируемым помещениям (территории).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| *должность* |  | *Подпись М.П.* |  | *ФИО* |

**Заполняется сотрудниками ООО «АМТ комплект»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Заявка принята:** |  |  | 2021 |
| **№ заявки:** |  |
| **Анализ заявки:** |  |
| (Выполнение или отказ) |
| **Номер договора:** |  |
| **Исполнитель:** |  |
| **№ протокола:** |  |