

Datos de inscripción Servicio Dosimetría Personal

A DATOS DE EMPRESA

CIF/DNI _____

Nombre _____
 Calle _____
 Población _____ Código Postal _____
 Provincia _____ Teléfono _____
 Fax _____ Móvil _____ email _____

B DATOS DE INSTALACIÓN

Nombre _____
 Calle _____
 Población _____ Código Postal _____
 Provincia _____ Teléfono _____
 Fax _____ Móvil _____ email _____

MÉDICA

- Radiodiagnóstico
- Medicina Nuclear
- Radioterapia
- Odontología
- Protección Radiológica
- Otros

INDUSTRIAL

- Radiología
- Gammagrafía
- Control de procesos
- Medida Densidades
- Sondeos
- Asistencia Técnica
- Otros

INVESTIGACIÓN/DOCENCIA

- Radiología
- Fuentes encapsuladas
- Fuentes no encapsuladas
- Aceleradores partículas
- Fuentes de neutrones
- Instalaciones mixtas
- Otros

OTROS

- Centrales nucleares
- Ciclo de combustibles
- Elementos de transporte
- Otros

C PERSONAS QUE ATENDERÁN CONSULTAS SOBRE:

Valoración de Informes _____
 Envío y recepción _____
 Relación Administrativa _____

D CONTRATACIÓN DEL SERVICIO

Fecha inicial control ____ / ____ / ____ Número inicial de usuarios _____

ENVÍO Y RECEPCIÓN DE DOSÍMETROS

- CORREO (CARTA CERTIFICADA)
- SERVICIO DE RECOGIDA (domicilio del abonado, rogamos faciliten horario)
- MENSAJERO PROPIO (a cargo del cliente)

HORARIO _____

DATOS DE COBRO *Rogamos completen los 20 dígitos*

Banco / Caja _____

Entidad	Oficina	Díg.	Número cuenta

CONDICIONES DE SERVICIO

1. Asignación de dosímetros a cada usuario.
2. Cambio mensual del dosímetro.
3. Envío mensual de informes
4. Ficha anual, individualizada
5. Facturación anual, según tarifas vigentes, que se adjuntan.
6. La posible baja del servicio se notificará con dos meses de antelación.

Fecha, Firma y sello de la empresa

E DATOS DE USUARIOS

Para evitar confusiones en los datos que se remiten al Consejo de Seguridad Nuclear, le rogamos cumplimenten el impreso con letras mayúsculas, escriba primero el nombre, a continuación un guión y los apellidos. Incluya la letra del DNI e indique si es un pasaporte.

1

Nombre _____

DNI _____ Fecha Nacimiento ____ / ____ / ____ Sexo Masculino Femenino

Personal Sanitario Médico ATS ATR Auxiliar Personal PR Otros
Personal no sanitario Supervisor Operador Auxiliar Personal en formación Otros
Dosímetros Cuerpo Entero Muñeca Anillo

2

Nombre _____

DNI _____ Fecha Nacimiento ____ / ____ / ____ Sexo Masculino Femenino

Personal Sanitario Médico ATS ATR Auxiliar Personal PR Otros
Personal no sanitario Supervisor Operador Auxiliar Personal en formación Otros
Dosímetros Cuerpo Entero Muñeca Anillo

3

Nombre _____

DNI _____ Fecha Nacimiento ____ / ____ / ____ Sexo Masculino Femenino

Personal Sanitario Médico ATS ATR Auxiliar Personal PR Otros
Personal no sanitario Supervisor Operador Auxiliar Personal en formación Otros
Dosímetros Cuerpo Entero Muñeca Anillo

4

Nombre _____

DNI _____ Fecha Nacimiento ____ / ____ / ____ Sexo Masculino Femenino

Personal Sanitario Médico ATS ATR Auxiliar Personal PR Otros
Personal no sanitario Supervisor Operador Auxiliar Personal en formación Otros
Dosímetros Cuerpo Entero Muñeca Anillo

5

Nombre _____

DNI _____ Fecha Nacimiento ____ / ____ / ____ Sexo Masculino Femenino

Personal Sanitario Médico ATS ATR Auxiliar Personal PR Otros
Personal no sanitario Supervisor Operador Auxiliar Personal en formación Otros
Dosímetros Cuerpo Entero Muñeca Anillo