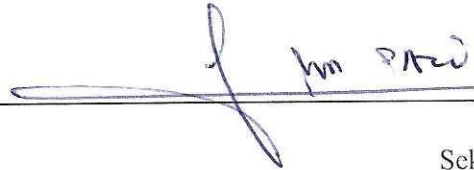




Miratohet
Kryetari i Komisionit të Mbrojtjes nga Rrezatimet
Ministër i Shëndetësisë
Ilir BEQAJ



Sekretari
Rustem PACI

KËRKESË PËR LICENSE
PËR VEPRIMTARI ME BURIME TË RREZATIMIT JONIZUES
GJENERATORË ME RREZE X, RADIOGRAFI DENTARE PËR
PËRDORIM PERSONAL

Nr. 4935 Prot

Datë 8.11.2013

KËRKESË PËR LIÇENSË

PËR VEPRIMTARI ME BURIME TË RREZATIMEVE JONIZUESE, GJENERATORË ME RREZE X,
(RADIOGRAFI DENTARE PER PERDORIM PERSONAL. KJO FORME APLIKIMI NUK PERFSHIIN
SISTEMIN PANORAMEKS, SKANER DENTAR ETJ)

Aplikim i ri _____

Amendim i Liçencës _____

Rinovim i liçensës _____

1. Personi juridik/ fizik : Institucioni _____

Emri Mbiemri _____

Adresa _____

Adresa e Kabinetit nqs është e ndryshme nga më sipër

Tel _____

Fax _____

E-mail _____

Bashkëngjitur një kopje të regjistrimit të personit juridik / fizik.

2. Përshkruani ambientet ku kryhet veprimtaria me rrezatime x .

Paraqisni veças planimetrinë e ambjenteve, vendndodhjes së panelit të kontrollit , pajisjeve mbrojtëse të lëvizshme, dyerve, dritareve, ventilatorëve, pasazheve, dhomës së errët, ambjenteve të pritjes së pacientëve, qëndrimin e personelit, ambientet rreth kabinetit, materialin dhe trashësinë e mureve dhe madhësitë përkatëse, dimensionet, zonat e kontrolluara dhe të survejuara .Te dukumentohet destinacioni i Ambjenteve

Importimi, përfitimi i pajisjes .

3. Lloji i Gjeneratorit me rreze x :

Prodhuesi _____

Emri _____

Adresa _____

Tensioni maksimal _____

Rryma maksimale _____

Koha javore e ekspozimit _____

Ngarkesa javore (Numri) _____

Numri i tubove _____

Model _____

Seria _____

Bashkëngjit fletë shtesë në të njëjtën strukturë si më sipër në rast se janë më shumë se një pajisje.

4. Qëllimi i përdorimit të gjeneratorëve me rreze x _____

5. Përcakto kush do të jetë shërbimi i autorizuar i cili do të kryejë shërbimet e pajisjeve

6. Të dhëna mbi personin përgjegjës për sigurinë ndaj rrezatimit

Emri _____

Mbiemri _____

Profesioni _____

Kualifikimi në fushën e radiombrojtjes

Për sa më sipër kërkoj dhënien e liçensës për _____ duke

mbajtur përgjegjësi të plotë për vërtetësinë e të dhënave të mësipërme.

Data _____

Nënshkrimi _____

I gjithë dokumentacioni të jetë në origjinal , i noterizuar ose me vulë lidhëse të institucionit tuaj .
Pas plotësimit me kujdes të rubrikave të këtij formulari, dërgojeni atë, së bashku me dokumentat e tjera të nevojshme, në adresën e mëposhtme :