

Anmeldung für die periodische Kontrolle der Strahlenschutzbekleidung

Praxisname: _____

Telefon Privat: _____ Telefon Geschäft: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/ Ort: _____

Prüftage zur Auswahl: 3. Oktober 2019 7. November 2019 14. November 2019

Erforderliche Angaben:

<input type="checkbox"/> Frontschürze	Anzahl: _____
<input type="checkbox"/> Mantelschürze	Anzahl: _____
<input type="checkbox"/> Halbschürzen/Weste	Anzahl: _____
<input type="checkbox"/> Thyreoidenschutz	Anzahl: _____
<input type="checkbox"/> Handschuhe	Anzahl: _____
<input type="checkbox"/> Ovarienschutz/Gonadenschutz	Anzahl: _____

Stempel/Unterschrift der Praxis:

Datum: _____