

РАД ПРОТЕКТ ООД

Квалификационна изпитна комисия за специализирано обучение

e-mail:radprotect@abv.bg phone:0893 336741 , 0887 522549

ЗАЯВКА ЗА УЧАСТИЕ

за включване в **ОСНОВЕН** курс за специализирано обучение

.....

(научно звание)

(име, презиме, фамилия)

ЕГН..... място на раждане

.....

(отделение / клиника)

..... град.....

(месторабота:име на здравно заведение.Изписва се без съкращение)

.....

(професия / специалност)

Отговорник (заместник отговорник)съм по радиационна защита.....(Да/Не)

(Прилагам копие от заповедта)

(изписва се)

Началник отделение/клиника/обект съм.....(Да/Не)

.....

(вид на използвания източник:открит- използвани радионуклиди, описание; закрит – описание; рентгенов източник; ускорител и др.)

.....

(вид на използваната апаратура – рентгенов апарат, компютърен томограф, ангиограф и др.)

Дата.....

Адрес за обратна връзка:

Адрес.....

e-mail.....

тел.....