Bewilligungsinhaber(in) / Firma:	**Kunden-Nr:** Bitte unbedingt anführen!

FAX- und email Vorlage für ihre Änderungswünsche

An: Institut für Strahlenschutz und Dosimetrie
Personendosimetrie Innsbruck
am a. ö. Landeskrankenhaus Innsbruck
Innrain 66/I
6020 Innsbruck

Kontakt:
Tel: +43 (512) 504 25720
FAX: +43 (512) 504 25729
Lki.li.isd@tirol-kliniken.at
www.strahlenschutz.co.at

Träger- Code	Name	Art der Änderung laut untenstehender Liste	Austritt am / Pause von bis / NEUER Name / Kategorie NEU /

A) Ende der Überwachung einer Person (Ende der Dosismessung)
B) Unterbrechung der Überwachung für maximal 6 Monate (Pause von ... bis…)
C) Namensänderung des Dosimeterträgers / der Dosimeterträgerin
D) Änderung der Kategorie der berufl. strahlenexponierten Person („A“ oder „B“)

Für die Bestellung von Dosimetern für neue Mitarbeiter verwenden Sie bitte unser Bestellformular. Dieses ist auf unserer Internetseite www.strahlenschutz.co.at unter „downloads“ zu finden.

Die obige Änderung wird hiermit verbindlich beauftragt. Mit den aktuellen Vertragsbedingungen (siehe www.strahlenschutz.co.at, Papierausdruck auf Anfrage) erkläre ich mich einverstanden!

……., am …… ……
(Unterschrift)

Wir akzeptieren ihren Änderungswunsch auch bei elektronischer Zustellung (per email), falls die email-Adresse des Absenders mit der bei uns hinterlegten email-Adresse des Kunden übereinstimmt.

SPEICHERN DRUCKEN