

..... data.....
miejsowość

.....
Nazwisko i imię

.....
PESEL

.....
Adres do korespondencji

.....
Rodzaj specjalności

WNIOSEK

o dopuszczenie do egzaminu w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta typu
LR, LRZ, LMN, LIX ,LST, FT, PMN, LRT

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 listopada 2015 r.
w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla
wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. z 2015 r., poz. 2040).
zwracam się z wnioskiem o dopuszczenie do egzaminu w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta.

podpis