

**Geräteliste:**

**Institution (Praxis, MVZ etc.):**

<b>Röntgengerät Bezeichnung:</b>	<b>Genauer Standort Abteilung/Raum</b>	<b>Betreiber</b>	<b>1. Mitnutzer</b>	<b>2. und weitere Mitnutzer</b>	<b>Strahlenschutzverantwortliche/r Strahlenschutzbeauftragte/r Leitender Arzt der (Rö.)-Abteilung</b>

Hiermit versichere ich, dass alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind.

**Unterschrift** des Strahlenschutzverantwortlichen/Mitnutzers: \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_