



QUALES

QUALES Aleksandra Niedbała
UL. OLIMPIJSKA 1/29 | 41-902 BYTOM
NIP: 626-278-17-40 | TEL: 664-728-142
E-MAIL: BIURO@QUALES.PL
WWW.QUALES.PL

FORMULARZ INFORMACYJNY

Proszę o uzupełnienie poniższego formularza poprzez wpisanie odpowiednich informacji w miejscu do tego przeznaczonym. Jeśli któryś z punktów nie dotyczy Państwa działalności proszę pozostawić puste pole.

	DANE DOTYCZĄCE DZIAŁALNOŚCI JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ
Pełna nazwa jednostki organizacyjnej NIP: REGON: KRS: (jeśli dotyczy)
Dokładny adres jednostki organizacyjnej	ul. kod poczt.: miejscowość: woj. :.....
Kierownik jednostki organizacyjnej (wg. KRS/CEIDG)	Imię i nazwisko: , tel.: , fax: e-mail:.....
Pełna nazwa komórki organizacyjnej prowadzącej działalność	
Dokładny adres komórki organizacyjnej ul. kod poczt.: miejscowość: Nr kondygnacji: , nr/nazwa pomieszczeń
Kierownik komórki organizacyjnej	Imię i nazwisko: , tel.: e-mail:.....
Dokładny opis działalności związanej z wykorzystaniem promieniowania jonizującego	praca w terenie tj. poza jednostką/komórką organizacyjną: TAK NIE

WYPOSAŻENIE I POZOSTAŁE INFORMACJE

Rodzaj źródła prom. jonizującego Producent: Seria: Typ/model: Numer seryjny: Rok produkcji:	
Podać miejsce(a) stosowania źródła promieniowania jonizującego	Nazwa pomieszczenia (np. hala/magazyn/inne): praca w terenie (poza jednostką): TAK NIE
Gdzie źródło promieniowania będzie przechowywane (np. pokój/magazyn), adres, Osoby, które będą miały dostęp do pomieszczenia	Nazwa i nr pomieszczenia: Adres:..... ul. Kod poczt.: miejscowość:
Jak źródło promieniowania chronione będzie przed uszkodzeniem, kradzieżą i dostaniem się w ręce osób nieuprawnionych?	- w jakim opakowaniu jest/będzie przechowywane źródło promieniowania np. oryginalne opakowanie - walizka, inne jakie: - czy w pomieszczeniu jest wydzielone dodatkowe miejsce na przechowywanie źródła – np. magazyn/komórka /szafa/inne: - pomieszczenie jest zamykane na klucz? TAK NIE <u>czy teren firmy jest:</u> - ogrodzony: TAK NIE - monitorowany: TAK NIE - strzeżony całą dobę: TAK NIE - posiada alarm antywłamaniowy: TAK NIE - inne zabezpieczenie: jakie
Posiadany sprzęt dozymetryczny Typ przyrządu / nr fabr. Typ sondy / nr fabr. Nr świadectwa wzorcowania Data następnego wzorcowania	Sprzęt dozymetryczny: Laboratorium (akredytowane), które będzie prowadziło dozymetrię:
Lista osób (imię i nazwisko) wykonujących prace ze źródłem promieniowania

Dane jednostki, która dokona uruchomienia urządzenia (jeśli dotyczy)	Nazwa firmy: Adres: ul. Kod poczt.: miejscowość:
Środki ochrony indywidualnej (jeśli dotyczy)	

**Formularz należy wypełnić w programie Adobe Acrobat Reader
(do pobrania tutaj: <https://goo.gl/EumLDr>).**

**Po zapisaniu zmian prosimy o przesłanie wypełnionego pliku mailem na adres:
biuro@quales.pl lub karolina.dzilinska@quales.pl.**