

Podnositelj zahtjeva:

naziv trgovačkog društva/obrta/zdravstvene ustanove

adresa: ulica, grad, poštanski broj

MINISTARSTVO ZDRAVSTVA
JAVNOZDRAVSTVENA ZAŠTITA
Zaštita od zračenja
Ksaver 200a
10 000 ZAGREB

Z A H T J E V

Molimo da sukladno sa Zakonom o zaštiti od neionizirajućeg zračenja (NN br. 91/2010 i Pravilnikom o temeljnim zahtjevima za uređaje koji proizvode optičko zračenje, te uvjetima i mjerama zaštite od optičkog zračenja (NN br. 3/2020) izdate rješenje kojim se odobrava uporaba izvora neionizirajućeg zračenja:

1. Predmet ispitivanja optičkog zračenja:
2. Proizvođač, model, serijski broj:

koji se nalazi u prostorijama: *(ispisuje se ako je adresa/lokacija različita od gore navedenog trgovačkog društva/obrta/zdravstvene ustanove)*

naziv trgovačkog društva/obrta/zdravstvene ustanove

adresa, ulica, grad, poštanski broj

Kontakt osoba: *(obvezno upisati podatke: ime, prezime, mob i/ili telefon br.)*

Mjesto i datum:

M.P.

potpis odgovorne osobe

Prilog: preslika Izvješća o ispitivanju sukladnosti