

Absender:	Beendigung des Betriebes einer Röntgeneinrichtung (§ 3 Absatz 8 bzw. § 4 Absatz 7 RöV)
-----------	--

	Hinweis: Eine Kopie dieser Mitteilung senden Sie bitte an (gilt nur für medizinische und zahnmedizinische Röntgeneinrichtungen): Zahnarzt: Landes Zahnärztekammer Hessen Zahnärztliche Röntgenstelle Rhonstr. 4 60528 Frankfurt-Niederrad Arzt: Ärztliche Stelle für Qualitätssicherung in der Radiologie Hessen, TÜV Life Service GmbH Am Römerhof 15 60486 Frankfurt/M.
--	--

Bezeichnung:
Fabriknummer:
Hersteller:
Strahlenschutz-Prüfberichtsnummer:
Datum der Beendigung / Übergabe:

Die Anlage wird / wurde verschrottet bzw. an den Hersteller / Lieferanten zurückgegeben	
Die Anlage wird / wurde demontiert bzw. funktionsuntauglich gemacht und verbleibt beim Strahlenschutzverantwortlichen (Betreiber)	
Neuer Strahlenschutzverantwortlicher (Betreiber), Name und Anschrift:	

Ort/ Datum	Unterschrift

