|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |      **,** dn.      |
| *(Pieczątka jednostki organizacyjnej)* |  | *(Miejscowość, data)* |

 Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny

 ul. Żelazna 79
 00–875 Warszawa

**WNIOSEK O wygaszenie decyzji**[[1]](#footnote-1)

[ ] [[2]](#footnote-2)nr: z dnia:  na uruchomienie i stosowanie aparatu rentgenowskiego
do celów:

[ ] 2nr: z dnia:  na uruchomienie pracowni stosujących aparaty rentgenowskie
do celów:

złożony w związku z: , jeśli wybrano „inne”, wpisać jaki:

1. Dane jednostki organizacyjnej ubiegającej się wygaszenie decyzji
	1. nazwa:
	2. NIP:  /REGON:  /KRS (jeśli dotyczy):  i data wpisu:
	3. adres:
	4. nr telefonu: , nr faksu: , e–mail:
2. Dane komórki organizacyjnej, która wykonywała działalność (jeśli jest inna lub inny adres niż podany w punkcie 1)
	1. nazwa:
	2. adres:
	3. nr telefonu: , nr faksu: , e–mail:
3. Termin zakończenia działalności:

*W przypadku gdy wniosek dotyczy wygaszenia decyzji zezwalającej na uruchomienie i stosowanie aparatu rentgenowskiego należy wypełnić również punkty: 4, 5, 6.*

1. Informacje charakteryzujące aparat rentgenowski[[3]](#footnote-3)
	1. typ aparatu rtg:
	2. sposób rejestracji obrazu: **,** tryb pracy:
	3. model aparatu rtg:
	4. nr fabryczny aparatu rtg: **,** rok produkcji aparatu rtg:
	5. nazwa wytwórcy (producent) aparatu rtg:
2. Sposób zabezpieczenia aparatu rentgenowskiego przed przypadkowym uruchomieniem (dotyczy aparatu pozostającego w jednostce do czasu jego faktycznego usunięcia):
3. Inne informacje dotyczące dalszego postępowania z aparatem rentgenowskim, np. aparat odsprzedany, aparat utylizowany):

**[ ]  OŚWIADCZAM, iż dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb działalności Wojewódzkiej Stacji Sanitarno–Epidemiologicznej w Warszawie. Zachowuję sobie prawo
 do wglądu i poprawiania swoich danych osobowych.**

*UWAGA: należy wypełnić wszystkie pola wniosku. Wniosek niekompletny pozostawiony będzie bez rozpatrzenia.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  | *(Podpis kierownika jednostki organizacyjnej)* |

1. *Po dokumencie proszę poruszać się przy pomocy myszki i /lub klawisza „Tab”. Zacieniowane pola proszę wypełnić poprzez: wpisanie treści, wybranie odpowiedniej opcji z listy, zaznaczenie pola myszką.* [↑](#footnote-ref-1)
2. *W celu zaznaczenia pola proszę kliknąć myszką.* [↑](#footnote-ref-2)
3. *Informacje dot. aparatu rentgenowskiego proszę podać po zweryfikowaniu ich z informacjami zawartymi w dokumentacji aparatu i /lub zezwoleniu.* [↑](#footnote-ref-3)