



Betreiber Nr.: _____ (Bitte immer angeben)

Institution: _____

Abteilung: _____

Straße: _____

Ort: _____

Mitteilung per Email an:
upload-aerztliche-stellen@blaek.de

Betreiberdaten

Anmeldung Abmeldung Änderungsmeldung

Strahlenschutzverantwortlicher (SSV): _____

Email: _____ / Tel.: _____

Vormaliger SSV: _____

Strahlenschutzbevollmächtigter (SSBev): _____

Email: _____ / Tel.: _____

Vormaliger SSBev: _____

Strahlenschutzbeauftragter (SSB): _____

Email: _____ / Tel.: _____

Vormaliger SSB: _____

Rechnungsempfänger (ReEmpf): _____

Email: _____ / Tel.: _____

Vormaliger ReEmpf: _____

Medizinphysik Experte (MPE): _____

Email: _____ / Tel.: _____

Vormaliger MPE: _____

Ansprechpartner: _____

Email: _____ / Tel.: _____

Vormaliger: _____

Nicht personenbezogene Kontaktdaten: _____

Email: _____ / Tel.: _____

Bitte füllen Sie diese Angaben möglichst vollständig aus, um Rückfragen zu reduzieren.

Weitere Informationen / Nachricht an uns:
