



BAYERISCHE
LANDESÄRZTEKAMMER
Ärztliche Stelle gem. § 128 StrlSchV
Teleradiologie

Mitteilung per Email an:
tele-aest@blaek.de

Betreiber Nr.: _____ (Bitte immer angeben)
Institution: _____
Abteilung: _____
Straße: _____
Ort: _____

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:
