

Formulaire à remplir par la PCR de l'établissement et à retourner 15 jours avant la fourniture du dosimètre à :
dosimetrie@iphc.cnrs.fr

Personne Compétente en Radioprotection (PCR)

<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mme	Nom :	Prénom :
N° Tél. :		Courriel :
Adresse :		
Code Postal :		Ville :

Etablissement

Etablissement :		
Adresse :		
Code Postal :		Ville :

Lieu(x) d'utilisation

N°	Nom	Adresse	Code postal	Ville
1				
2				
3				

Source de rayonnements ionisants

Origine de l'exposition : Sources scellées Sources non scellées Générateurs X Accélérateurs de particules

Rayonnement : bêta (E moy > 100 keV) gamma, X (E > 15 keV)

Date de début de mise en place souhaitée :

Identification des dosimètres d'ambiance

N° lieux	Intitulé n°1 (max 15 caractères)	Intitulé n°2 (max 25 caractères)

Cadre réservé à IPHC/RaMsEs

Date de réception de la demande :
Dosimètre attribué à partir du mois de :