



ID:.....

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO KONTROLI DAWEK  
Spółki, ZOZ**

*Kontrola ma się rozpocząć od dnia:*

Proszę zaznaczyć rodzaj dawkomierzy:	Mierzona wielkość	Metoda <sup>1</sup>	Ilość dawkomierzy <sup>2</sup>
<input type="checkbox"/> <b>DI-02</b> indywidualny dawkomierz rtg i gamma na całe ciało	$H_p(10)$	TLD	
<input type="checkbox"/> <b>DS-04<sup>3</sup></b> środowiskowy dawkomierz rtg i gamma	$H^*(10)/K_a$	TLD	
<input type="checkbox"/> <b>PI-01</b> indywidualny dawkomierz rtg i gamma na dłonie	$H_p(0,07)$	TLD	
<input type="checkbox"/> <b>OD-12</b> indywidualny dawkomierz rtg i gamma na soczewkę oka	$H_p(3)$	TLD	
<input type="checkbox"/> <b>Albedo</b> indywidualny dawkomierz neutronów na całe ciało	$H_p(10)$	TLD	
<input type="checkbox"/> <b>OSL-22</b> indywidualny dawkomierz rtg i gamma na całe ciało	$H_p(10)$	OSL	

Na wykonywanie ww. pomiarów Laboratorium posiada akredytację Polskiego Centrum Akredytacji (nr AB 1317).

Nazwa Firmy, przedsiębiorstwa:	
NIP:	
Regon:	
Tel./ Fax:	
e-mail:	

<b>Adres instalacji aparatu:</b> Ulica: Kod pocztowy: Miasto:  <b>Adres płatnika:</b> Ulica: Kod pocztowy: Miasto:  <b>Adres korespondencyjny:</b> Ulica: Kod pocztowy: Miasto:	<b>Dane osoby/osób reprezentujących instytucję (Sp. z o.o./Szpital/Uczelnia/ZOZ/Jednostki Państwowe)</b>  Imię: Nazwisko: Tytuł: Stanowisko:  Imię: Nazwisko: Tytuł: Stanowisko:
--	--

<sup>1</sup> Laboratorium wykonuje pomiary dawek za pomocą dawkomierzy termoluminescencyjnych (TLD) wg aktualnego wydania procedury badawczej PB-DAWKI lub optoluminescencyjnych (OSL) wg aktualnego wydania procedury badawczej PB-DAWKI-OSL.

<sup>2</sup> Ilość dawkomierzy dla: osób lub punktów pomiarowych, dawkomierze DI-02 i OSL-22 opisane są imieniem i nazwiskiem, PI-01 - numerem, DS-04 - numerem. Prosimy przy zamawianiu usługi o przesłanie listy imiennej osób objętych kontrolą indywidualną lub wykazu punktów środowiskowych (na str. 2).

<sup>3</sup> Wielkość mierzona standardowo to przestrzenny równoważnik dawki  $H^*(10)$  (mSv). W przypadku zainteresowania pomiarami kermy w powietrzu  $K_a$  prosimy o zaznaczenie wyboru w polu UWAGI



Dane do dozymetrii DI-02 i/lub OSL-22			Punkt pomiarowy DS-04		Dane do dozymetrii PI-01		
Lp.	Imię	Nazwisko	Lp.	Nazwa	Lp.	Imię	Nazwisko
1			1		1		
2			2		2		
3			3		3		
4			4		4		
5			5		5		

**PRZEDSTAWIANIE STWIERDZEŃ ZGODNOŚCI<sup>4</sup>:**

- NIE
- TAK (jeżeli tak, to należy określić wymagania względem których ma być stwierdzona zgodność/niezgodność). Dodatkowa opłata z tego tytułu uzgadniana indywidualnie między stronami.

WYMAGANIA KLIENTA: .....

Stwierdzenie zgodności/niezgodności z wymaganiami zostanie przedstawione z zasadą podejmowania decyzji opartą na prostej akceptacji (dokument ILAC-G8:09/2019 pkt.4.2.1), która określa:

- WYNIK ZGODNY, gdy wynik pomiaru znajduje się poniżej granicy określonej tolerancji (ryzyko podjętej akceptacji < 2,5%),
- WYNIK ZGODNY, gdy wynik pomiaru znajduje się poniżej, ale blisko granicy określonej tolerancji (ryzyko podjętej akceptacji < 50%),
- WYNIK NIEZGODNY, gdy wynik pomiaru znajduje się powyżej, ale blisko granicy określonej tolerancji (ryzyko błędnego odrzucenia < 50%),
- WYNIK NIEZGODNY, gdy wynik pomiaru znajduje się powyżej granicy określonej tolerancji (ryzyko błędnego odrzucenia < 2,5%).

**OFERTA NA TESTY SPECJALISTYCZNE APARATÓW RTG**

**TAK / NIE**

**RODZAJ APARATU RTG DO PRZEDSTAWIENIA OFERTY NA TESTY SPECJALISTYCZNE**

<input type="checkbox"/> Aparat do zdjęć wewnątrzustnych	<input type="checkbox"/> Aparat przyłóżkowy (jezdny) analogowy
<input type="checkbox"/> Aparat analogowy do zdjęć pantomograficznych oraz cefalometrii	<input type="checkbox"/> Aparat przyłóżkowy (jezdny) cyfrowy
<input type="checkbox"/> Aparat cyfrowy do zdjęć pantomograficznych oraz cefalometrii	<input type="checkbox"/> Tomograf komputerowy
<input type="checkbox"/> Stomatologiczny tomograf komputerowy wiązki stożkowej	<input type="checkbox"/> Mammograf analogowy
<input type="checkbox"/> Aparat ogólnodiagnostyczny analogowy z fluoroskopią - „Telekomando”	<input type="checkbox"/> Mammograf CR / DR
<input type="checkbox"/> Aparat ogólnodiagnostyczny cyfrowy z fluoroskopią - „Telekomando”	<input type="checkbox"/> Angiograf
<input type="checkbox"/> Aparat ogólnodiagnostyczny analogowy	<input type="checkbox"/> Aparat rtg - „Ramię C”
<input type="checkbox"/> Aparat ogólnodiagnostyczny cyfrowy	<input type="checkbox"/> Monitory stosowane do prezentacji obrazów medycznych

**Uwagi:**

<sup>4</sup> Sekcja Kontroli Dawek Laboratorium Dozymetrii Indywidualnej i Środowiskowej na prośbę klienta stwierdza zgodności z wymaganiami określonymi przez klienta i stosuje zasadę podejmowania decyzji opartą na prostej akceptacji.



Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana/Państwa danych osobowych jest Instytut Fizyki Jądrowej im. Henryka Niewodniczańskiego Polskiej Akademii Nauk, ul. Radzikowskiego 152, 31-342 Kraków,
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych możliwy jest pod adresem [dpo@ifj.edu.pl](mailto:dpo@ifj.edu.pl),
- 3) Pani/Pana/Państwa dane osobowe przetwarzane będą na podstawie:
  - art. 6 ust. 1 lit. b - ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. - w celu realizacji umowy,
- 4) odbiorcami Pani/Pana/Państwa danych osobowych będą wyłącznie:
  - podmioty upoważnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
- 5) Pani/Pana/Państwa dane osobowe przechowywane będą przez okres 5 lat podatkowych od daty zakończenia realizacji umowy lub przez okres wymagany odrębnymi przepisami prawa,
- 6) posiada Pani/Pan/Państwo prawo do:
  - dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii,
  - do sprostowania (poprawiania) swoich danych,
  - do usunięcia danych osobowych,
  - do ograniczenia przetwarzania danych,
  - do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych,
  - do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa),
- 7) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych może skutkować odmową zawarcia umowy.

**Zapoznałam/em się, zrozumiałam/em i akceptuję "Ogólne warunki umowy-sprzedaż" lub "Ogólne warunki umowy-dzierżawa".**

.....  
(Data, czytelny podpis)