



الهيئة اللبنانية للطاقة الذرية
قسم خدمات الحماية الإشعاعية

طلب ضبط جودة الأجهزة المصدرة للأشعة المؤينة

رقم الطلب مكتب خدمة الزبائن:	رقم الطلب قسم خدمات الحماية الإشعاعية:	تاريخ:	
إسم المؤسسة:	رقم الهاتف:	رقم الفاكس:	
الشخص المسؤول للمراجعة:	العنوان:	البريد الإلكتروني:	

١. نرجو تحديد نوع الأجهزة المطلوب إجراء فحص ضبط الجودة لها:

Equipment Type	Manufacturer	Date of manufacturing	Model number	Serial Number	Radiation Type	Voltage (KV)	Current (mA)

٢. تكلفة الخدمة المطلوبة:

المجموع (ل.ل)	عدد الأجهزة	الكلفة /الجهاز (ل.ل)	نوع الجهاز
		300.000	Conventional X Ray
		300.000	Fluoroscopy
		300.000	Panoramic
		300.000	Mammography
		300.000	Catheterization Laboratory.
		300.000	C-Arm
		300.000	Mobile X Ray
			المبلغ الإجمالي

ملاحظة: تلنزم المؤسسة بضرورة تأمين الشروط المناسبة لإنجاز الخدمة، كما تتحمل أي عبء ناتج عن عدم الإلتزام وتسديد المستحقات حسب التعرفة الواردة في الجدول

رئيس قسم خدمات الحماية الإشعاعية	مسؤول المؤسسة (التوقيع مع ختم المؤسسة)
----------------------------------	--