



الهيئة اللبنانية للطاقة الذرية
قسم خدمات الحماية الإشعاعية

طلب مسح إشعاعي للمؤسسات الصحية

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

تكلفة الخدمة المطلوبة:

قسم الأشعة			
المجموع	عدد الغرف	الكلفة / (الغرفة/ل.ل)	رقم الترخيص
		300.000	Scanner Room
		300.000	Conventional X Ray Room
		300.000	Fluoroscopy Room
		300.000	Panoramic Room
		300.000	Mammography Room
		300.000	Catheterization Laboratory Room
		300.000	Osteo Room
قسم العلاج بالأشعة			
		300.000	Cobalt
		300.000	Linac
قسم الطب النووي			
		400.000	غرفة التشخيص، المختبر و غرفة الجهاز
			المبلغ الإجمالي:

For Radiology Equipment

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

For Brackytherapy & Nuclear medicine

Source Type	Manufacturer	Date of manufacturing	Serial Number	Activity at manufacturing	Half Life of Source	Validity date (activity)

ملاحظة:

- يتحمل الشخص المسؤول الإلتزام بكل ما تم الإتفاق عليه مسبقاً مع فريق الخبراء في الهيئة اللبنانية للطاقة الذرية.
- نطلب إرفاق الطلب بالمستندات التالية: - خريطة الموقع،
- شهادة المصدر المشع .

<u>التوقيع:</u> رئيس قسم خدمات الحماية الإشعاعية.	<u>التوقيع:</u> مسؤول المؤسسة (مع ختم المؤسسة)
--	---