

<b>1 REGISTRAČNÍ KARTA DRŽITELE POVOLENÍ PRO PRÁCI SE ZDROJI IONIZUJÍCÍHO ZÁŘENÍ</b>		
1. Držitel povolení (oficiální název podniku):		
Zkratka názvu:		
2. Pracoviště, oddělení a adresa, je-li odlišná od adresy držitele povolení:		
3. IČO:	DIČ:	
4. Město:	PSČ:	
5. Ulice:		
6. Telefon:	Fax:	E-mail:
7. Kontrolní orgán ochrany před zářením:		
8. Číslo povolení pro práci se zdroji IZ: Doba platnosti:		
9. Dozimetrická služba (DS): VF, a.s. Černá Hora		
10. Číslo pracoviště přidělené DS:		
11. Datum zahájení sledování pracoviště DS:		
12. Datum ukončení sledování pracoviště DS:		
<b>13. Kategorie pracovišť</b> <b>1. ZDRAVOTNICTVÍ</b> <b>1.1. radiodiagnostika</b> <b>1.1.1. obecná</b> <b>1.1.2. specializovaná</b> 1.1.2.1. kardiologie 1.1.2.2. chirurgie, ortop., urol. 1.1.2.3. ostatní -mamo, ERCP, interna, CT, gastro, JIP, ARO, TRN <b>1.1.3. rdg stomatologie</b> <b>1.1.4. rdg veterinární</b> <b>1.1.5. rdg ostatní</b>	<b>2. PRŮMYSL</b> <b>2.1. jaderně-palivový cyklus</b> <b>(JE, uranový průmysl,</b> <b>úložiště RAO)</b> <b>2.2. defektoskopie a karotáže</b> <b>2.3. průmyslové ozařovače</b> <b>2.4. servis, testování, zkušebny</b> <b>2.5. výroba, distribuce ZIZ</b> <b>2.6. laboratoře</b> <b>2.7. ostatní</b>	<b>3. ŠKOLSTVÍ</b> <b>VÝZKUM</b> <b>4. ARMÁDA</b> <b>5. VNITRO</b> <b>6. DOZOR,</b> <b>INSPEKCE</b> <b>7. OSTATNÍ</b> Celní správa, ČD, DP, Aerolinie, Banky, Soudy, Lesy, Povodí, Rádia
14. Datum, ke kterému jsou uvedené (změněné) údaje platné:		
15. Jméno a podpis dohlížejí osoby (ve smyslu zákona č. 263/2016 Sb. a § 33 vyhlášky SÚJB č. 422/2016 Sb., ve znění pozdějších předpisů):		

Uvedená data slouží k vedení systému státní evidence pracovníků se zdroji a sledování jejich ozáření v souladu s §26 a § 25 odst. 2 písm. b ) a c) zákona č. 263/2016 Sb. a § 33 vyhlášky SÚJB č. 422/2016 Sb.

Vedená evidence splňuje požadavky Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů.

## VYPLŇTE PRO POTŘEBY DOZIMETRICKÉ SLUŽBY

Číslo a datum objednávky:				
Bankovní spojení:				
Adresa pro fakturaci (je-li odlišná):				
Tel.:		Fax:		
Typ dozimetru:	Počet dozimetrů (vyplnit počet v příslušných kolonkách sledovacího období):			
	současný stav		nově požadované dozimetry	
	1 měsíc	3 měsíce	1 měsíc	3 měsíce
Filmový				
Termoluminiscenční				
Neutronový				
Prstový				
OSL(Optically Stimulated Luminiscence)				
Komplexní (UP)				
Jiný (jaký)				