

**Abmeldung/Änderung
bei der Ärztlichen Stelle MV gemäß §129 StrlSchV**

Ärztliche Stelle MV
August-Bebel-Str. 9a
18055 Rostock

Tel.: 0381 492802926 / 0381 4928026
E-Mail: aertzlichestelle@aek-mv.de

Name und Anschrift der Institution / Praxis (Betreiber):

Tel.: _____

E-Mail: _____

Name und Anschrift des Strahlenschutzverantwortlichen (SSV):

Röntgeneinrichtung/en (Bezeichnung / Generator)

Röntgen Durchleuchtung CT C-Bogen Mammographie Sonstige
(bitte Zutreffendes ankreuzen)

1. _____

2. _____

Nuklearmedizinische Einrichtung / Gerät:

1. _____

2. _____

Strahlentherapeutische Einrichtung / Gerät:

1. _____

2. _____

Stilllegung ab _____

Betreiberwechsel ab _____

Mitnutzung beendet ab _____

Mitnutzerwechsel ab
(weitere Angaben über
Anmeldeformular) _____

wesentliche
Änderungen des
Betriebes _____

Abmeldung an die zuständige Behörde weiterleiten. Demontage Nachweis bitte beifügen!

Strahlenschutzverantwortlicher (SSV):

Name: _____

Datum: _____

Strahlenschutzbevollmächtigter (SSB):

Name: _____

Datum: _____