

Señor:

SUBSECRETARIO DE CONTROL Y APLICACIONES NUCLEARES

Quito.

De mi consideración

MERNNR-F-S.17-LDP-01

Por medio del presente solicito de la manera más comedida la autorización para prestación de servicios de Dosimetría Personal de conformidad con la siguiente información:

1. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/PROPIETARIO

Nombre completo:

Entidad:

CI/Pasaporte:

Dirección:

Teléfono:

*Correo electrónico:

2. SERVICIOS DE DOSIMETRÍA

Dosimetría externa

Dosimetría de extremidades

Dosimetría interna (Captación Tiroidea)

Seleccione el servicio que requiere:

CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE DOSIMETRÍA POR PRIMERA VEZ

RENOVACIÓN DEL SERVICIO DE DOSIMETRÍA

REASIGNACIÓN O CAMBIO DE DENOMINACIÓN DEL DOSÍMETRO

REPORTE DE DOSIS BIMESTRAL

REPORTE DE DOSIS ANUAL

RÉCORD DOSIMÉTRICO

DESCARGA O DEVOLUCIÓN DE DOSÍMETROS

PERDIDA O DAÑO DE DOSÍMETRO Y PORTA DOSÍMETRO

OTROS

3. EN CASO DE RENOVACIÓN DETALLE LOS NOMBRE(S) O CÓDIGO(S) TOE(S):

*El correo electrónico proporcionado servirá para la emisión de su factura y para que se active su cuenta en el Sistema Documental Quipux, donde podrá dar seguimiento a su trámite.

Atentamente,

Firma:

Nombre:

N° Cédula:

Fecha: