|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **INSCRIPCIÓN DE USUARIOS NUEVOS PARA EL SERVICIO DE DOSIMETRÍA PERSONAL (POEs)** | **Código:** MERNNR-F-S.17-LDP-04 |
| **Versión:** 0.0 |
| **Fecha:** 14 mayo 2018 |

**DATOS DEL SOLICITANTE/ENTIDAD**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE COMPLETO **(Como facturará el servicio):** | | RUC/CI/PASAPORTE: | | |
| DIRECCIÓN: | | FECHA: | | CIUDAD: |
| TELÉFONO: | Email: | | N° FACTURA: | |
| PERSONA DE CONTACTO: TELÉFONO: Email: | | | | |

U **USUARIOS QUE UTILIZARÁN LOS DOSÍMETROS**

**Para evitar confusiones en la información favor escribir con letra imprenta legible.**

**1**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRES Y APELLIDOS : | | | PROFESIÓN: | |
| CCI/PASAPORTE: | | NACIONALIDAD: | FECHA DE NACIMIENTO: | |
| FUNCIÓN A DESEMPEÑAR: | | | ÁREA/DEPARTAMENTO: |  |
| DOSIMETRÍA: | CUERPO ENTERO | | EXTREMIDADES | INTERNA |

**2**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRES Y APELLIDOS : | | | PROFESIÓN: | |
| CCI/PASAPORTE: | | NACIONALIDAD: | FECHA DE NACIMIENTO: | |
| FUNCIÓN A DESEMPEÑAR: | | | ÁREA/DEPARTAMENTO: |  |
| DOSIMETRÍA: | CUERPO ENTERO | | EXTREMIDADES | INTERNA |

**3**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRES Y APELLIDOS : | | | PROFESIÓN: | |
| CCI/PASAPORTE: | | NACIONALIDAD: | FECHA DE NACIMIENTO: | |
| FUNCIÓN A DESEMPEÑAR: | | | ÁREA/DEPARTAMENTO: |  |
| DOSIMETRÍA: | CUERPO ENTERO | | EXTREMIDADES | INTERNA |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

PERSONA QUE REALIZA EL TRÁMITE

Nombre:

Firma:

CI:

**C CONTRATACIÓN DEL SERVICIO**

FECHA INICIO PRIMER CONTROL DOSIMETRÍA / / NÚMERO DE USUARIOS