|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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