|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | |  |
|  | | (miejscowość i data) |
|  |  |  |
| (pieczątka jednostki organizacyjnej) |  |  |

**Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny**

**w Bydgoszczy**

**ul. Kujawska 4**

**85-031 Bydgoszcz**

**WNIOSEK**

**o wydanie zezwolenia na stosowanie aparatów rentgenowskich**

do celów diagnostyki medycznej / radiologii zabiegowej,

**oraz na uruchomienie medycznej pracowni rtg**.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Wniosek dotyczy zezwolenia na stosowanie ( zaznaczyć właściwe pole wybierając X ) | | | | | | | | | | | |
| aparatu rtg w pracowni diagnostycznej rtg | | |  | aparatu rtg w ambulansie | | | | | | |  |
| aparatu rtg w pracowni radiologii zabiegowej | | |  | aparatu rtg przyłóżkowego | | | | | | |  |
| aparatu rtg w gabinecie stomatologicznym | | |  | wymiany aparatu rtg w istniejącej pracowni \* | | | | | | |  |
| \* UWAGA  W przypadku wymiany należy podać nazwę i typ dotychczas użytkowanego aparatu rtg oraz nr zezwolenia na jego stosowanie. | | | | | | | | | | | |
| inne ( opisać ) | | | | | | | | | | | |
| 2. Pełna nazwa jednostki organizacyjnej | | | | 3. Dokładny adres ( kod, miasto, ulica, nr ) | | | | | | | |
| 4. Numer NIP | | | | 5. Numer REGON | | | | | | | |
| 6. Numer KRS ( jeśli dotyczy ) | | | | | | | | | | | |
| 7. Tel | | | | 8. E-mail | | | | | | | |
| 9. Kierownik jednostki organizacyjnej, tel. służbowy, e-mail | | | | | | | | | | | |
| 10. Pełna nazwa komórki organizacyjnej  wykonującej działalność ( jeśli jest inna niż w pkt 2 ) | | | | 11. Dokładny adres (kod, miasto, ulica, nr) | | | | | | | |
| 12. Kierownik komórki organizacyjnej, tel. służbowy, e-mail | | | | | | | | | | | |
| 13. Inspektor ochrony radiologicznej, nr uprawnień i data ich wydania, tel. służbowy, e-mail | | | | | | | | | | | |
| 14. Przewidywany termin rozpoczęcia działalności | | | | | 15. okres prowadzenia działalności  (jeśli działalność ma być prowadzona przez okres oznaczony) | | | | | | |
| 15. Proponowane ograniczniki dawek  ( limity użytkowe dawek) | | | | | dla pracowników | |  | | mSv | | |
|  | | | | | dla osób z ogółu ludności | |  | | mSv | | |
| 16. Rodzaj prowadzonej kontroli narażenia pracowników na promieniowanie jonizujące ( zaznaczyć właściwe pole wybierając X ) | | | | | | | | | | | |
| dozymetria indywidualna | | | |  | | dozymetria środowiskowa | | | |  | |
| 17. Instalowane aparaty rentgenowskie | | | | | | | | | | | |
| Lp. | Typ\*\* | Model ( nazwa ) | | Producent | | | | Rok produkcji | | | |
|  |  |  | |  | | | |  | | | |
| \*\*Typ aparatu rentgenowskiego | | | | | | | | | | | |
| Z  ZP  RZ  RZN  TK  M  P  SW  SP  SPC  TW  TWC  D  inny | tylko do zdjęć  do zdjęć i prześwietleń  do radiologii zabiegowej  do radiologii zabiegowej naczyniowej  tomograf komputerowy  mammograf  przyłóżkowy  stomatologiczny do zdjęć wewnątrzustnych  stomatologiczny do zdjęć pantomograficznych  stomatologiczny do zdjęć pantomograficznych z przystawką cefalometryczną  stomatologiczny do zdjęć pantomograficznych z tomografią wolumetryczną  stomatologiczny do zdjęć pantomograficznych z tomografią wolumetryczną i przystawką cefalometryczną  densytometr rtg do badania gęstości kości  opisać | | | | | | | | | | |
| 18. Nazwa instalatora, adres | | | | | | | | | | | |
| Zgodnie z art. 5 ust. 9 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (tekst jednolity Dz. U. z 2023 r. poz. 1173) zobowiązuję się do zgłaszania organowi wydającemu zezwolenie wszelkich zmian danych określonych w zezwoleniu. | | | | | | | | | | | |

kierownik jednostki organizacyjnej

….....…........………………………..…..

*pieczęć i podpis*

**WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI**

Zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 sierpnia 2021 r. ( Dz.U. 2021.1667 ) w sprawie dokumentów wymaganych przy składaniu wniosku o wydanie zezwolenia na wykonywanie działalności związanej z narażeniem na działanie promieniowania jonizującego albo przy zgłaszaniu wykonywania tej działalności, **do wniosku powinny być dołączone następujące dokumenty :**

1. **Dokumentacja projektowa pracowni rentgenowskiej**
   1. projekt pracowni (rzut pomieszczeń z opisem konstrukcji ścian i stropów),
   2. projekt wentylacji,
   3. projekt osłon stałych.
2. **Dokumentacja programu zapewnienia jakości.**
3. **Opinia inspektora ochrony radiologicznej** na temat badania i sprawdzania urządzeń ochronnych i przyrządów dozymetrycznych.
4. **Program szkolenia pracowników** w zakresie ochrony radiologicznej.
5. **Opis systemu rejestracji i analizy wystąpienia narażenia przypadkowego.**
6. **Instrukcja obsługi aparatu rtg** w polskiej wersji językowej.
7. **Instrukcja pracy z aparatem rentgenowskim** ustalającą szczegółowe zasady postępowania w zakresie ochrony radiologicznej pracowników i pacjentów.
8. **Dokument** potwierdzający wykonanie **testów odbiorczych aparatu rentgenowskiego.**
9. **Dokument** potwierdzający wykonanie **testów odbiorczych monitorów opisowych   
   i przeglądowych.**
10. **Protokół** wyników **testów podstawowych i specjalistycznych aparatu rentgenowskiego oraz monitorów opisowych i przeglądowych.**

**UWAGA**

**1.** Prosimy, jeśli to możliwe, **o wysyłanie powyższych dokumentów w formie elektronicznej**

na adres :[sekretariat.wsse.bydgoszcz@sanepid.gov.pl](mailto:sekretariat.wsse.bydgoszcz@sanepid.gov.pl)

**2.** **Formularz wniosku o wydanie zezwolenia** podpisany przez wnioskodawcę **należy dodatkowo wysłać w formie papierowej na adres PWIS w Bydgoszczy.**