

Către,

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ BIHOR

Laboratorul de Igiena Radiațiilor  
Oradea, Str. Libertății, Nr. 34  
Tel: 0259/268644

Subsemnatul **Dr.** .....- responsabil cu securitatea radiologică la ..... din localitatea ..... adresa: .....,  
Tel/fax:..... adresa e-mail: ..... prin prezenta vă rog să efectuați măsurătorile dozimetrice ale ecranelor de protecție la:

• **Instalație de rontgendiagnostic dentar:**

- intraoral ..... tip ..... seria/nr: .....
- panoramic: ..... tip ..... seria/nr: .....
- CT ..... tip: ..... seria/nr:.....

Vă multumesc anticipat

Localitatea/Data,

.....

Semnătura.

.....