Información del Cliente

Certificado No: _____

Uso exclusivo del LSMRI

Nombre:	

Dirección:			
Teléfono:		**E-mail :**	

Información del equipo:

No.	Fabricante	Marca	Modelo	No. Serie	Nivel

Nota:
- ✓ Especificar en la casilla Nivel el Tipo de Calibración: **RP: Radioprotección, RT: Radioterapia.**
- ✓ Para equipos con sondas o conjunto cámara + electrómetro completar datos de ambos.
- ✓ Adjuntar o enviar por correo electrónico el Manual del equipo lsmri.dinaten@miem.gub.uy.
- ✓ Los instrumentos que funcionen con baterías deben entregarse con baterías en buen estado.

Datos persona que solicita el servicio:

Nombre y apellidos:			
Fecha:		**Firma:**	

Datos persona que recibe LSMRI:

Nombre y apellidos:			
Fecha:		**Firma :**	

Datos persona que retira:

Nombre y apellidos:			
Fecha:		**Firma:**	

Observaciones:
Especificar el rango de interés para el equipo o si desea calibrar el equipo con y sin sonda

Nota: El tiempo aproximado de realización del servicio será informado al momento de recibir el equipo

Información para contacto: lsmri.dinaten@miem.gub.uy