Información del Cliente

Certificado No:	
Uso exclusivo del LSMRI	

Nombre:	

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

Información para la irradiación

Tipo de dosímetro:						
Magnitud dosimétrica:						
Cantidad dosímetros:		**Calidad (energía)**		**Valor Dosis:**		

Nota:
Cuando se solicite irradiar diferentes tipos de dosímetros y/o varias combinaciones de dosis y calidades, adjuntar una planilla de irradiación detallando por cada tipo de dosímetros, el número de dosímetros, energía y dosis requerida.

Servicio solicitado por:			
Fecha:		**Firma del solicitante:**	

Recibido LSMRI por:		**Retirado por**:	
Fecha:		**Fecha:**	
Firma:		**Firma:**	

Observaciones:

Nota:
El tiempo de realización del servicio será informado al momento de recibir el equipo o los dosímetros.

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