



**Solicitud de Calibración de Equipos
para Radioterapia**

Información del Cliente

Informe de Calibración
N° RT
Uso exclusivo del Laboratorio

Nombre:

RUT:

Dirección:

Tel.:

Correo:

Detalle de equipos y accesorios

Fabricante	Marca	Modelo	Nro. de Serie

Nota. Si los instrumentos operan con baterías, éstas deben estar con suficiente carga y en buen estado. Se requiere enviar copia del **Manual de Operaciones** de cada instrumento y **Certificado de Calibración** previo a calibraciones@miem.gub.uy.

Servicio solicitado:

Rango más usado:

Tensión, polaridad y ajustes:

Equipos con estuche:

Alargue de cámaras:

Solicitante:

Fecha de recepción:

Fecha de retiro:

Recibido por:

Retirado por:

Firma:

Firma:

Observaciones:

Nota:

El tiempo aproximado de la calibración y su trámite administrativo se le indicará al recibir el equipo.

Contacto: calibraciones@miem.gub.uy