

**Servicio de Dosimetría Personal Externa**

21-03-2025

SGC-AC-R004 V1.0

Página 1 de 1

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SERVICIO

FECHA DE SOLICITUD:			
DATOS DE LA INSTITUCIÓN			
Nombre Institución:			
Razón Social:			
RUT:			
Dirección:			
Departamento:		Teléfono:	
Tipo de Institución:		Sector:	
DATOS DE LA PARTE ADMINISTRATIVA / CONTABLE			
E-mail:		Teléfono:	
DATOS DE REPRESENTANTE LEGAL			
Nombre:		Cargo:	
E-mail:		Teléfono:	
DATOS DEL OFICIAL DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA O RESPONSABLE TÉCNICO			
Nombre:			
Práctica:		Cargo:	
E-mail:		Teléfono:	
Dirección:			
Departamento:		Ciudad:	
DATOS DEL OFICIAL DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA SUPLENTE			
Nombre:			
Práctica:		Cargo:	
E-mail:		Teléfono:	
Dirección:			
Departamento:		Ciudad:	

Por la institución solicitante del servicio**Por el LDPE – DINATEN - MIEM**

Firma:

Firma:

Aclaración:

Aclaración:

Sello:

Sello: