

Anlagevordruck 1 zur Ermächtigung nach Strahlenschutzverordnung (StrlSchV)

von Frau / Herrn _____

| gefährdende Tätigkeit | Betrieb (Anschrift) | Anzahl der zu untersuchenden Beschäftigten | Zentrum bzw. Praxis* | Betrieb* | sonstiger Untersuchungsort (Anschrift) |
|-----------------------|---------------------|--|-------------------------|----------|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

*zutreffenden Untersuchungsort bitte ankreuzen / benennen

| | |
|-------------|---------------|
| Ort, Datum: | Unterschrift: |
|-------------|---------------|