|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| KARTA DRŽITELE POVOLENÍ | | | |
| 1. **Název držitele povolení:**   Zkratka názvu: | | | |
| 1. **Název pracoviště, oddělení a adresa**, je-li odlišná od adresy držitele povolení:   Město, PSČ:  Ulice: | | | |
| 1. **IČO:**   Evidenční č. SÚJB: | | **DIČ:** | |
| 1. **Město:** | | **PSČ:** | |
| 1. **Ulice:** | | | |
| 1. **Telefon:** | | **E-mail:** | |
| 1. **Kontrolní orgán ochrany před zářením:** | | | |
| 1. **Číslo jednací povolení pro práci se zdroji ionizujícího záření:**   Doba platnosti, není-li na dobu neurčitou: | | | |
| 1. **Dozimetrická služba (DS):** | | | |
| 1. **Číslo pracoviště přidělené DS:** | | | |
| 1. **Datum zahájení sledování pracoviště DS:** | | | |
| 1. **Datum ukončení sledování pracoviště DS:** | | | |
| 1. **Kategorie pracovišť** | | | |
| 1. **ZDRAVOTNICTVÍ**    1. **radiodiagnostika**   **1.1.1. obecná**  **1.1.2. specializovaná**  1.1.2.1. kardiologie  1.1.2.2. chirurgie, ortop., urol.  1.1.2.3. ostatní  - mamo, ERCP, interna, CT, gastro, JIP, ARO, TRN  **1.1.3. rdg stomatologie**  **1.1.4. rdg veterinární**  **1.1.5. rdg ostatní**   * 1. **nukleární medicína**   2. **radioterapie, onkologie**   3. **laboratoře**   4. **technický servis**   5. **ostatní (lázeňství)** | 1. **PRŮMYSL**    1. **jaderně-palivový cyklus**   (JE, uranový průmysl, úložiště RAO)   * 1. **defektoskopie a karotáže**   2. **průmyslové ozařovače**   3. **servis, testování, zkušebny**   4. **výroba, distribuce ZIZ**   5. **laboratoře**   6. **ostatní** | | 1. **ŠKOLSTVÍ, VÝZKUM** 2. **ARMÁDA** 3. **VNITRO** 4. **DOZOR, INSPEKCE** 5. **OSTATNÍ**   Celní správa, ČD, DP, Aerolinie,  Banky, Soudy, Lesy, Povodí, Rádia |
| 1. **Datum, ke kterému jsou uvedené (změněné) údaje platné:** | | | |
| 1. **Jméno dohlížející osoby** (ve smyslu zákona č. 263/2016 Sb., ve znění pozdějších předpisů): | | | |

**VYPLŇTE PRO POTŘEBY DOZIMETRICKÉ SLUŽBY**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Číslo a datum objednávky:** | | | | | |
| **Bankovní spojení:** | | | | | |
| **Adresa pro fakturaci** (je-li odlišná)**:** | | | | | |
| **Tel.:** | | | **E-mail:** | | |
| **Typ dozimetru:** | **Počet dozimetrů (vyplnit počet v příslušných kolonkách sledovacího období):** | | | | |
| **současný stav** | | | **nově požadované dozimetry** | |
| **1 měsíc** | **3 měsíce** | | **1 měsíc** | **3 měsíce** |
| Filmový |  |  | |  |  |
| Termoluminiscenční |  |  | |  |  |
| Neutronový |  |  | |  |  |
| Prstový |  |  | |  |  |
| OSL (Optically Stimulated Luminiscence) |  |  | |  |  |
| Komplexní (UP) |  |  | |  |  |
| Jiný (jaký) |  |  | |  |  |