WZÓR

……………………………………. ……...………… data …….

(Pieczątka jednostki organizacyjnej) (Miejscowość)

……………………………………

(Adres)

Opolski Państwowy Wojewódzki

Inspektor Sanitarny

ul. A. Mickiewicza 1

45-367 Opole

**WNIOSEK O WYGASZENIE DECYZJI**

Na podstawie art. 162 § 1 pkt 1 i § 3 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz.U. z 2024 r. poz. 572 )

…………………………………………………………………………………………………..

(Nazwa jednostki organizacyjnej)

…………………………………………………………………………………………………..wnioskuje o wygaszenie decyzji:

Znak……………..z dnia……………….. wydanej przez………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..

Znak……………..z dnia……………….. wydanej przez………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..

Znak……………..z dnia……………….. wydanej przez………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..

* na uruchomianie i stosowanie aparatu (ów) rentgenowskiego (ich) do celów diagnostyki medycznej / radiologii zabiegowej / radioterapii powierzchniowej  
  i radioterapii schorzeń nienowotworowych;\*
* na uruchomianie pracowni stosujących aparaty rentgenowskie w ww. celach medycznych: diagnostyki medycznej / radiologii zabiegowej / radioterapii powierzchniowej i radioterapii schorzeń nienowotworowych; \*
* zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem w celach medycznych polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej lub diagnostyki związanej z podawaniem pacjentom produktów radiofarmaceutycznych\*

**1.Dane jednostki organizacyjnej wnioskującej o wygaszenie decyzji:**

Nazwa………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………….

Numer w krajowym rejestrze podmiotów gospodarki narodowej (REGON) …………………..

Numer identyfikacji podatkowej (NIP) .………………………………………………………...

Numer i data wpisu do ewidencji działalności gospodarczej (KRS)(jeśli dotyczy) ……………

Adres (kod, miasto, ulica): ……………………………...…………………………………..…..

Tel. …………..………………………………………………………………….........................

\*- do wyboru / niepotrzebne skreślić Właściwe zaznaczyć

**2. Dane kierownika jednostki organizacyjnej wnioskującej o wygaszenie decyzji:**

Imię i nazwisko …………………………………………………………………………………

Adres służbowy (kod, miasto, ulica): ……………………………...………………………..…..

Tel. …………..………………………………………………………………….........................

**3. Nazwa i adres komórki organizacyjnej wykonującej działalność (nazwa pracowni podana w decyzji)**

Nazwa …………………………………………………………………………………………...

Adres (kod, miasto, ulica, nr kondygnacji): ……………………………...……………..…..…..

Tel. …………..………………………………………………………………….........................

**4. Termin zakończenia** **pracy aparatu rtg/ zakończenie działalności\*** …..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**5. Przyczyna zakończenia pracy aparatu rtg/ zakończenie działalności\***

…………………………...............................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**6. Informacje charakteryzujące aparat rentgenowski**

1) Typ aparatu rtg ………………...…………………….…………………………...…

*(wybrać jedno właściwe: zastosowanie w radiologii zabiegowej naczyniowej, zastosowanie w radiologii*

*zabiegowej pozostałej, zastosowanie w diagnostyce bez radiologii zabiegowej, tylko do zdjęć, do zdjęć i*

*prześwietleń, mammograf, stomatologiczny wewnątrzustny, stomatologiczny panoramiczny, densytometr, tomograf*

*komputerowy, do terapii powierzchniowej, do terapii schorzeń nienowotworowych\**

*sposób rejestracji obrazu: analogowy/cyfrowy\*, tryb pracy: stacjonarny/niestacjonarny\*)*

2) Model aparatu rtg ......………………………………………………………………..

3) Numer fabryczny aparatu rtg .……………………………………………………….

4) Rodzaj wykonywanych badań rtg ………………...…………………………………

……………………………………………………..………………………………........

5) Nazwa wytwórcy (producent aparatu rtg) ……………………………………..…….

6) Rok produkcji aparatu .......……………………...………………………………..….

(Uwaga: wypełnić dla każdego aparatu oddzielnie, w przypadku gdy wygaszanie dotyczy

więcej niż jednego.)

Załączniki:

* Kserokopia lub/i sygnatura i numer decyzji do wygaszenia
* Kserokopia dokumentu potwierdzającego awarię, kasację, sprzedaż aparatu rtg itp. lub oświadczenie kierownika jednostki

\*- do wyboru / niepotrzebne skreślić Właściwe zaznaczyć