

WZÓR

.....
(Pieczęćka jednostki organizacyjnej)

..... data
(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

Właściwie 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 wewnętrzny, 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

Właściwie zaznaczyć