

**Zakres testów specjalistycznych****Pracownia rtg**

.....

.....

.....

.....

**Dane aparatu stomatologicznego do zdjęć pantomograficznych  
oraz cefalometrii**

<b>Nazwa aparatu</b>	
Producent	
Nr fabryczny	
Zakres napięć [kV]	
Zakres prądów [mA]	
Zakres obciążenia prądowo – czasowego [mAs]	
Zakres czasów [s]	
<b>Lampa rtg</b>	
Nr fabryczny	
Producent	
<b>Filtracja</b>	
Całkowita zespołu promiennika rentgenowskiego [mm Al]	

Sporządził:.....

*data i podpis przedstawiciela pracowni rtg*