1. Подаци о правном лицу/предузетнику

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Пословно име | | *Уписати назив* | | | | Матични број | | | *Уписати број* | |
| ПИБ | | | *Уписати број* | |
| Пријављује намеру обављања радијационе делатности  Подноси захтев за издавање одобрења за обављање радијационе делатности | | | | | | | | | | |
| Место | | | *Уписати назив* | | | Општина | | | *Уписати назив* | |
| Улица и број | | | *Уписати адресу* | | | | | | | |
| Поштански број | *Уписати број* | | | Телефон | *Уписати број* | | | Е-пошта | | *Уписати адресу* |
| Адреса или локација на којој се планира обављање радијационе делатности | | | | | *Уписати адресу* | | | | | |
| Лице одговорно за заштиту од јонизујућег зрачења/руководилац службе заштите од јонизујућег зрачења | | | | | | | *Уписати име и презиме* | | | |

1. Радијациона делатност

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Подручје примене** | **Област примене** | **Радијационa делатност** |
| Медицина  Стоматологија  Ветеринарска медицина  Привреда  Образовање, наука и истраживање  Промет и транспорт  Остало | *Уписати назив области примене у складу са правилником којим се прописује категоризација радијационих делатности* | *Уписати назив радијационе делатности у складу са правилником којим се прописује категоризација радијационих делатности* |

1. Овера правног лица/предузетника

Под пуном материјалном и кривичном одговорношћу потврђујемо тачност напред наведених података.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Име и презиме** | **Датум** | **Потпис** |
| Лице одговорно за заштиту од јонизујућег зрачења/руководилац службе заштите од јонизујућег зрачења | *Уписати име и презиме* | *Уписати датум* |  |
| Овлашћено лице у правном лицу/предузетник | *Уписати име и презиме* | *Уписати датум* |  |