

Absender (Name, Anschrift):

**Landesärztekammer Brandenburg
Ärztliche Stelle Strahlentherapie
Dreifertstraße 12
03044 Cottbus**

Telefon: 0355 78010-220
Telefax: 0355 78010-239
E-Mail: strahlentherapie@laekb.de

**Abmeldung einer Strahlentherapieeinrichtung gemäß § 129 Abs. 2 Nr. 1
der Strahlenschutzverordnung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit melde ich den Betrieb folgender Strahlentherapieeinrichtung ab.

Betreiber-Nr.: _____

Betreiber: _____

Standort: _____

Strahlentherapieeinrichtung: _____

☐ Die Strahlentherapieeinrichtung wurde am: _____ außer Betrieb
genommen.

☐ Über die Abmeldung unterrichte ich das zuständige Landesamt für Arbeitsschutz,
Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG).

Name, Vorname

Funktion

Ort / Datum

Dieses Schreiben wurde maschinell erstellt und ist auch ohne Unterschrift gültig.