

Absender (Name, Anschrift):

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

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

Anmeldung über die Aufnahme der Tätigkeit im Zusammenhang mit der Genehmigung zum Umgang mit radioaktiven Stoffen am Menschen gemäß § 129 Abs. 1 Nr. 1 der Strahlenschutzverordnung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit melde ich den Umgang mit radioaktiven Stoffen in der

- ☐ nuklearmedizinischen Diagnostik
☐ nuklearmedizinischen Therapie an.

Betreiber-Nr.:

Betreiber:

Standort:

Aufnahme der Tätigkeit am:

Name, Vorname

Funktion

Ort / Datum

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