

Absender (Name, Anschrift):

---

---

---

---

**Landesärztekammer Brandenburg  
Ärztliche Stelle Röntgen  
Dreifertstraße  
03044 Cottbus**

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

**Anmeldung einer Röntgeneinrichtung gemäß § 129 Abs. 2 Nr. 1 der Strahlenschutzverordnung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit melde ich den Betrieb folgender Röntgeneinrichtung an.

Betreiber-Nr.: \_\_\_\_\_

Betreiber: \_\_\_\_\_

Standort: \_\_\_\_\_

Röntgeneinrichtung: \_\_\_\_\_

Inbetriebnahme der Röntgeneinrichtung am: \_\_\_\_\_

Als Anlage sende ich Ihnen eine Kopie des Sachverständigenprüfberichtes.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Funktion

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

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