

Absender (Name, Anschrift):

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

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

Anmeldung einer Einrichtung zur Strahlentherapie gemäß § 129 Abs. 1 Nr. 1 der Strahlenschutzverordnung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit melde ich den Betrieb folgender Einrichtung zur Strahlentherapie an.

Betreiber-Nr.:

Betreiber:

Standort:

Einrichtung zur Strahlentherapie:

Inbetriebnahme der Einrichtung zur Strahlentherapie 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.