

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

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

## **Anmeldung einer Strahlentherapieeinrichtung gemäß § 129 Abs. 1 Nr. 1 der Strahlenschutzverordnung**

Sehr geehrte Damen und Herren,  
hiermit melde ich den Betrieb folgender Strahlentherapieeinrichtung an.

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

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

Strahlentherapieeinrichtung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Inbetriebnahme der Strahlentherapieeinrichtung am: \_\_\_\_\_

Als Anlage sende ich Ihnen eine Kopie des Sachverständigenprüfberichts.