

**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.

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift

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