

N°: _____

INSTITUCION: _____

DOMICILIO: _____ TELEFONO _____

LOCALIDAD _____ DPTO. _____

E-MAIL _____

RESPONSABLE INSTALACIONES _____

RESPONSABLE DE USO _____ AUT. IND. _____

RESPONSABLE DE OTROS CENTOS _____

TIPO DE EQUIPO: _____ FIJO/RODANTE

MARCA: _____ MODELO: _____

KV MAX: _____ mA MAX: _____ FILTRO: _____

POTTER PARED: SI/NO TIPO ALIMENTACION: _____ TIPO COLIMADOR : _____

FLUOROSCOPIA: SI/NO INTENSIFICADOR: SI/NO PROTECCION FLUOROSCOPIA: _____

PROTECCION: SI/NO

DELANTALES: _____ PROTECTOR TIROIDES: SI/NO ANTEOJOS: SI/NO GUANTES: SI/NO

OTROS: _____

BIOMBOS Pb FIJO _____ INTERLECHO _____ VISOR _____

SUPERFICIE DE LA SALA _____ m2 (_____ X _____ MTS.) PLOMO DETRÁS DEL ESTATIVO: SI/NO

N° DE PUERTAS: _____ N° VENTANAS: _____ OBSERVACIONES: _____

REVELADO:

AUTOMATICO: SI/NO CALEFACTOR: SI/NO EXTRACTOR: SI/NO LUZ INACTINICA: SI/NO

OSCURECIMIENTO: BUENO/REGULAR/MALO PUERTA PLOMADA: SI/NO

OBSERVACIONES: (indicar aquí la carga de trabajo detallada)