EXPEDIENTE: ..... FECHA: ……/……/……..

Establecimiento:…….. Nº Asesoramiento: ……..

Ubicación Física del Equipo:……

DATOS DEL EQUIPO	
EQUIPO	◯ Gamma cámara SPECT ◯SPECT/CT ◯SPECT/RMN ◯ PET/CT ◯PET/RMN ◯ Otro. (Especificar):……..
MARCA	
MODELO	

Licencia Institucional ARN: ……

Fuentes Radiactivas: ……

Responsable de uso			
Apellido		DNI:	
Nombre		MP:	
Profesión		LICENCIA ARN:	

Otros profesionales				
Apellido	Nombres	DNI	M.P	Título

COPIA CONTROLADA

……
Firma y sello Responsable de Uso

Para que la copia sea válida debe llevar el sello "Copia controlada".