

## Anmeldeformular

Hiermit melde ich den Betrieb meiner Röntgeneinrichtung/en gemäß § 129  
Strahlenschutzverordnung bei der **Ärztlichen Stelle Mecklenburg – Vorpommern** an.

**Strahlenschutzverantwortlicher:**

---

---

**Anschrift des Betreibers:**

---

---

---

---

**Mitnutzer der Röntgeneinrichtung:**

---

---

---

**Röntgeneinrichtung/en (Gerätebezeichnung / Generator)**

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Strahlenschutzverantwortlichen

\_\_\_\_\_  
Datum