



DEMANDE DE REPRISE DE SOURCES SCELLEES

ENTITE	Nom de l'établissement :	N° d'autorisation ASN :
	Adresse :	
	N° Téléphone :	Adresse mail :
	Nom de la Personne Compétente en Radioprotection :	

Je soussigné :

Demande la reprise de source(s) scellée(s) ci-dessous désignée(s) :

IDENTIFICATION SOURCE(S)	DESIGNATION DES SOURCES SCELLEES A REPENDRE							FGR *
	IDENTIFICATION DES SOURCES					AUTORISATION I.R.S.N.		RENOUVELLEMENT DES SOURCES
	Référence	Fournisseur	N° série	Activité à l'origine (en MBq)	Date d'achat	N° de DF	N° de visa	N° de commande LEA



* FGR : Forfait de Gestion de Reprise

BESOIN	Nombre total de colis :	
	Nombre de sources endommagées ou contaminées :	
	Fourniture de kits de transport LEA (nombre) :	
	<input type="checkbox"/> Carton(s)	<input type="checkbox"/> Valise(s) MC1 (location) <input type="checkbox"/> Kit(s) Type A (usage unique)
	Réalisation du transport par le LEA : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom du <u>destinataire de l'attestation de reprise</u> :		

Je certifie que les déclarations ci-dessus, qui engagent ma responsabilité réglementaire, sont exactes. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales de reprise de sources et m'engage à respecter la réglementation du transport et à régler les frais correspondants le cas échéant. Enfin, je certifie que les sources sont identifiables et que leur intégrité physique est conservée.

Le Demandeur :

Date et signature :

CADRE RÉSERVÉ A L'ACCEPTATION DU LEA

LEA - Laboratoire Etalons d'Activité