

Podnositelj zahtjeva:

*Trgovačko društvo/obrt/
zdravstvena ustanova*

**MINISTARSTVO ZDRAVSTVA
Zagreb, Ksaver 200a**

Z A H T J E V

(naziv trgovačkog društva/obrta/zdravstvene ustanove, ulica, grad i broj pošte)

podnosim zahtjev za odobravanjem uporabe izvora optičkog zračenja:

1. naziv izvora optičkog zračenja _____

2. vrsta, proizvođač, model, serijski broj _____

koji se nalazi u prostorijama *(ispisuje se ako je drugačija adresa/lokacija ili drugačiji naziv od gore navedenog trgovačkog društva/obrta/zdravstvene ustanove)*

Uz zahtjev prilažemo:
- preslika Izvješća o ispitivanju sukladnosti.

Kontakt osoba *(navesti ime, prezime, mobitel i/ili telefon), (molimo Vas da obavezno upišete tražene podatke):*

Mjesto i datum

Potpis odgovorne osobe i pečat