

# Podnošenje zahtjeva: obrazac 1

**Podnositelj zahtjeva:**

*Pečat/oznaka trgovačkog društva  
/obrta/zdravstvene ustanove*

DRŽAVNI BILJEZI

MINISTARSTVO ZDRAVSTVA  
Uprava za unaprjeđenje zdravlja  
Sektor državne i granične sanitarne inspekcije  
Odjel za zaštitu od zračenja  
Ksaver 200a  
10 000 Zagreb

## ZAHTJEV

Molimo Vas da (*naziv trgovačkog društva/obrta/zdravstvene ustanove, ulica, grad i broj pošte*)

---

---

izdate rješenje kojim se odobrava uporaba izvora optičkog zračenja:

1. Naziv izvora optičkog zračenja \_\_\_\_\_
  2. Vrsta, proizvođač, 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 je priloženo:

a) preslika Izvješća o ispitivanju sukladnosti, b) upravna pristojba od 35,00 kn državnih biljega

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

---

Zahtjev je usklađen sa Zakonom o zaštiti od neionizirajućih zračenja ("NN" br., 91/10) i Pravilnikom o temeljnim zahtjevima za uređaje koji proizvode optičko zračenje, te uvjetima i mjerama zaštite od optičkog zračenja ("NN" br., 204/03 i 91/07).

Dana \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Pečat trg.društva/obrta/zdrav.ustanove  
i potpis odgovorne osobe*