

Podnositelj zahtjeva:

naziv trgovačkog društva/obrta/zdravstvene ustanove

adresa: ulica, grad, poštanski broj

MINISTARSTVO ZDRAVSTVA

Samostalni sektor za javnozdravstvenu zaštitu

Služba za ekologiju i pravnu podršku

Ksaver 200a

10 000 ZAGREB

državni biljezi

ZAH T J E V

Molimo da sukladno sa Zakonom o zaštiti od neionizirajućeg zračenja (NN br. 91/2010 i Pravilnikom o temeljnim zahtjevima za uređaje koji proizvode optičko zračenje, te uvjetima i mjerama zaštite od optičkog zračenja (NN br. 3/2020) izdate rješenje kojim se odobrava uporaba izvora optičkog zračenja:

1. Predmet ispitivanja optičkog zračenja: _____

2. Proizvođač, model, serijski broj: _____

koji se nalazi u prostorijama:

naziv trgovačkog društva/obrta/zdravstvene ustanove

adresa, ulica, grad, poštanski broj

kontakt osoba (obvezno upisati podatke): ime, prezime, mob i/ili telefon br.

Uz zahtjev prilažemo:

- a) Presliku Izvješća o ispitivanju sukladnosti
- b) Upravnu pristojbu od 35,00 kn državnih biljega

Mjesto i datum:

ime i prezime odgovorne osobe

M.P.

potpis odgovorne osobe