



## Centro Regional de Referencia para Dosimetría (CRRD)

### Formulario para solicitar la calibración de dosímetros y fuentes para braquiterapia

A completar por el CRRD	Fecha:		BT:	
-------------------------	--------	--	-----	--

Completar UN formulario por cada electrómetro o fuente/s.  
Completar todos los campos obligatorios (\*).

#### A. Datos para el Certificado / Informe

*Institución:					
*Dirección:					
*Número:		Piso:		Departamento:	
*Ciudad:				*Código Postal:	
*Provincia:				*País:	

#### B. Datos para la Facturación

*Razón Social:	
*N° de CUIT:	

#### C. Datos de la persona de contacto

*Nombre y Apellido:			
*Teléfono:		Interno:	
WhatsApp:		*e-mail:	

#### \*D. Ítems a Calibrar

**Importante:** La calibración será realizada en las instalaciones de la institución solicitante.

- Cámara de pozo y electrómetro.
- Cámara de pozo.
- Fuente/s.



### E. Información del Electrómetro

*Marca	*Modelo	*N° de Serie

### F. Información de las Cámaras

	Marca	Modelo	N° de Serie	Voltaje Aplicado	Polaridad	Modelo de inserto	Calidad de Radiación
*Cámara 1:							
Cámara 2:							

### G. Información de las Fuentes

	Marca	Cantidad	Calidad de Radiación
*Fuentes:			

**Importante:** Verifique que la información solicitada en los campos obligatorios esté completa presionando el botón "Verificación de campos obligatorios", de lo contrario esta solicitud será rechazada.

Sólo se aceptarán formularios completados en forma digital.

Enviar este formulario completo haciendo click en el e-mail [crrd.braquiterapia@gmail.com](mailto:crrd.braquiterapia@gmail.com)