



### KARTA UCZESTNICTWA

w międzylaboratoryjnych badaniach porównawczych pomiaru głównych parametrów fizycznych rejestrowanych przez sprzęt do kontroli jakości diagnostycznej aparatury rentgenowskiej i monitorów stosowanych do prezentacji obrazów medycznych  
**EDYCJA 2018**

*Proszę o czytelne wypełnienie karty!*

Pełna nazwa jednostki zgłaszającej uczestnictwo

(dane teleadresowe; dane do faktury; proszę zaznaczyć jeśli faktura/raport mają być wysłane pod adres inny niż ogólny):

.....

Dane osoby do **bezpośredniego** kontaktu:

Osoba do kontaktu: .....

Nr telefonu / Nr faksu / e-mail: .....

**Wybór zakresu badań: ilość zakresów .....**

Zakres pomiarów	stomatologia wewnątrzustna	pantomografia	radiologia konwencjonalna	fluoroskopia	mammografia	tomografia komputerowa	monitory medyczne
TAK/NIE	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

**Uwagi (np. ograniczenia w realizacji badań):**

.....

**Sprzęt pomiarowy zgłoszony do badań (model i producent):**

	Krótką charakterystyką głównego sprzętu pomiarowego (np. producent, model, typ)
stomatologia	
radiologia konwencjonalna	
fluoroskopia	
mammografia	
tomografia komputerowa	Konieczn <span style="color:red">ie należy ogólnie scharakteryzować metodykę pomiaru grubości warstwy łącznie z podaniem typu fantomu stosowanego do realizacji testu!!!</span>
monitory	

**Dane uczestników zgłoszonych do badań:**

Uczestnik 1 (imię i nazwisko) .....

Uczestnik 2 (imię i nazwisko - jeśli dotyczy) .....

Wypełniony, podpisany i zeskanowany formularz proszę przesłać do dnia **24.10.2018** na:

a) Adres e-mail: **marcin.brodecki@imp.lodz.pl**

b) Fax: **(42) 631 45 39**

c) Poczta na adres: **Instytut Medycyny Pracy im. prof. Nofera, Zakład Ochrony Radiologicznej, Laboratorium Wzorców Wtórnych, ul. Św. Teresy od Dzieciątka Jezus 8, 91-348 Łódź.**

Osoba do kontaktu: **Marcin Brodecki, tel. (42) 631 45 36 lub (42) 631 45 56, marcin.brodecki@imp.lodz.pl**

*Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami uczestnictwa w badaniach organizowanych przez Laboratorium Wzorców Wtórnych IMP i akceptujemy je. Wypełnienie i przesłanie karty uczestnictwa traktowane jest jako zlecenie organizacji porównań międzylaboratoryjnych dla Państwa Laboratorium*

.....  
Data

.....  
Podpis osoby uprawnionej