

FORMULAIRE DE CREATION/MODIFICATION DE COMPTE NRD

(à retourner à nrd@irsn.fr ou IRSN/PSE-SANTE/SER/UEM - BP 17 - 92262 FONTENAY-AUX-ROSES CEDEX)

Titulaire du compte NRD

Nom : Identifiant du compte :
Tél. : Fax : Courriel :

Etablissement associé au compte

Nom ou raison sociale : N° SIRET :
Adresse :
Code postal : Ville :
Nom du chef d'établissement :

Activité(s)

Radiologie conventionnelle et/ou dentaire

Nom du responsable de l'activité : N° ASN ** :

Scanographie

Nom du responsable de l'activité : N° ASN ** :

Radiologie interventionnelle

Nom du responsable de l'activité : N° ASN ** :

Médecine nucléaire

Nom du responsable de l'activité : N° ASN ** :

** Le numéro ASN est suivant le cas le numéro de récépissé de déclaration, d'enregistrement ou d'autorisation.

Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez demander la modification, l'effacement des données à caractère personnel incomplètes, inexactes ou périmées conservées. Ces droits d'accès peuvent être exercés auprès du délégué à la protection des données : donnees.personnelles@irsn.fr

Fait à : Le :

Signature du titulaire
du compte :

Signature(s) du (des) responsable(s)
de la (des) activité(s) nucléaire(s) :