

FORMULAIRE DE CREATION/MODIFICATION DE COMPTE NRD

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

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.

Fait à : Le :

Signature du titulaire
du compte :

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