

FORMULAIRE DE CREATION/MODIFICATION DE COMPTE NRD

(à retourner à 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

Nom du déclarant :
Numéro du récépissé de déclaration ASN :

Scanographie

Nom du titulaire de l'autorisation :
Numéro de l'autorisation ASN :

Médecine nucléaire

Nom du titulaire de l'autorisation :
Numéro de l'autorisation ASN :

Fait à : Le :

Signature du titulaire
du compte :

Signature(s) du déclarant et/ou
du (des) titulaire(s) d'autorisation :