

Forma de Solicitud para Dosimetría Personal

Los pedidos están sujetos a la fijación de precios y condiciones del servicio publicado por ALSA DOSIMETRÍA, S. DE R.L. DE C.V.

Dirección de envío y presentación de informes:

Nombre de la Compañía: _____ Teléfono: _____
 Responsable de Seguridad Radiológica: _____ E-mail: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____

(En caso de ser diferente la dirección de envío)

Nombre de la Compañía: _____ Teléfono: _____
 Responsable de Seguridad Radiológica: _____ E-mail: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____

Facturar como: _____ Igual que la presentación de informes _____ Otras (especifique): _____

Dirección: _____ Teléfono: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ C.P. _____ R.F.C.: _____

Si esta agregando un nuevo servicio a una cuenta existente, por favor indique No. de Cliente _____

Firma Autorizada: _____ Teléfono: _____

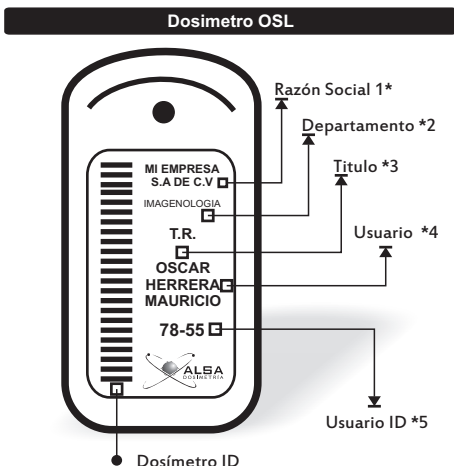
Nombre: _____

Frecuencia del Servicio: Mensual Bimestral Trimestral Solo una vez Fecha de inicio: _____

Fecha de Corte: _____

Servicios y Reportes Adicionales: (Sujetos a cargos correspondientes de acuerdo a lo publicado por ALSA DOSIMETRÍA, S. DE R.L. DE C.V.):

- Copias duplicadas de los Reportes de Dosimetría.
 Reporte Especial
 Acumulado
- Gabinete
 - Usuario Gabinete
 - Anual Usuario



Titulo	Nombre Completo	ID Usuario	Gabinete	Departamento	Tipo de Dosímetro