

Plage pour cachet / adresse de correspondance

_____ , le _____ 20__

Monsieur Étienne Schneider
Ministre de la Santé
Villa Louvigny – Allée Marconi
L-2120 Luxembourg

Concerne : Demande d'autorisation à pratiquer le radiodiagnostic aux rayons X en médecine dentaire (sans acquisition d'appareil RX)

Je soussigné(e), _____
en qualité de _____,
domicilié(e) à (adresse de la résidence privée) _____

demande l'autorisation à pratiquer le radiodiagnostic dentaire sur les équipements de : _____

(indiquez le nom du titulaire / de l'établissement disposant de l'autorisation de détention) à l'adresse suivante :

Je sais que :

- les radiographies ne peuvent être réalisées que par des médecins-dentistes dûment autorisés à pratiquer le radiodiagnostic dentaire et en aucun cas par d'autres personnes.
- le médecin-dentiste n'est pas autorisé à réaliser et à interpréter les radiographies des mains et poignets.

Je déclare que les données fournies sont sincères et exactes, que je ne suis ni propriétaire, ni locataire d'appareils RX non autorisés et que je sais que l'acquisition et l'installation d'appareils RX doivent préalablement être autorisés par le ministre de la santé et ensuite être réceptionnés par un expert en physique médicale agréé.

(signature)

Pièces obligatoires à fournir⁽¹⁾ par le demandeur (cocher ou spécifier dans la case⁽²⁾ le nombre de documents fournis):

(1) (2)

- Preuve(s) de formation en radioprotection
 (Projet de) contrat d'assurance de responsabilité civile couvrant le risque radiologique (utilisation d'appareils RX) et indiquant le lieu du risque / ou étendue territoriale
 Autre (à préciser)