

## FORMULAIRE DE CREATION/MODIFICATION DE COMPTE NRD

(à retourner à [nrd@irsn.fr](mailto: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](mailto: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) :