

Aftale om kontrol af overflademonitor

Rekvirent

Firmanavn: _____

Afdeling: _____

Adresse: _____

Kontaktperson: _____

Telefon: _____ e-mail: _____

Overfladeemissionsrateresponset, S_{cp} , som er omregningsfaktoren fra tælleletal til aktivitet per areal, udregnes.¹

Hvis instrumentets måleeffektivitet ved en given strålekvalitet er opgivet, bliver denne vurderet ift. tolerancen specificeret i IEC 60325, 2002.

Kontrollen udføres med hensyn til certificerede fladekilder med følgende β -strålekvaliteter og tilhørende middelennergier: ^{14}C , $E = 49 \text{ keV}$; ^{36}Cl , $E = 233 \text{ keV}$; ^{90}Sr , $E = 546 \text{ keV}$, samt i α -strålekvaliteten ^{241}Am med middelennergien $E = 5,486 \text{ MeV}$.

Der måles i en afstand af 3 mm fra kilden med mindre andet opgives.

Kontrollen er akkrediteret af DANAK.

Der opereres med 4 kriterier for vurdering af instrumentets opgivne måleeffektivitet for de nævnte strålekvaliteter:

Bestået, *betingset bestået*, *betingset fejlet* og *fejlet*, alt efter om instrumentet opfylder tolerancen på baggrund af det udregnede overfladeemissionsraterespons.

Termen *betingset* tilføjes, hvis målingernes usikkerhed får et bestået og fejlet resultat til hhv. at ligge uden for eller inden for tolerancen. Dette følger afsnit 4.2.3 i ILAC-G8:09/2019.

¹ S_{cp} er defineret som tælleletal (cps) per emissionsrate per areal.

Antal instrumenter: _____

Instrument(er):

Type: _____	Opgivet måleeffektivitet (%)
Serienr.: _____	C-14: _____ Cl-36: _____
_____	Sr-90: _____ Am-241: _____

Måleafstand (mm): _____ (der måles som udgangspunkt i 3 mm)

Type: _____	Opgivet måleeffektivitet (%)
Serienr.: _____	C-14: _____ Cl-36: _____
_____	Sr-90: _____ Am-241: _____

Måleafstand (mm): _____ (der måles som udgangspunkt i 3 mm)

Forventet afleveringsdato for udstyr: _____

Kunden er selv ansvarlig for at indlevere udstyr og få det afhentet efter endt kontrol.

Ydelsen koster 1500 kr. ekskl. moms pr. instrument.

Angiv venligst ét af følgende til fakturering:

EAN-nummer: _____

CVR-nummer: _____

AFD-nummer: AFD-000 _____

(Hvis fakturering skal ske til samme adresse som i forvejen modtager dosisovervågning via Sundhedsstyrelsen)

Rekvirent er bekendt med og godtager de betingelser, der er angivet i denne aftale.

Underskrift på vegne af rekvirent:

Dato/underskrift: _____ / _____

SDL ved SIS bekræfter at opgaven udføres i overensstemmelse med ovennævnte specifikationer.

Digital signatur på vegne af SDL: