

**ASNR/DRES/SER/UEM**

**Direction de la recherche et de l'expertise en santé  
Service d'Études et Expertises en Radioprotection  
Unité d'expertise en radioprotection médicale**

**Tél. : 01 58 35 70 77**

**Courriel : [nrd@asnr.fr](mailto:nrd@asnr.fr)**

**Objet : Validation de votre compte NRD  
PJ : Formulaire de création/modification de compte**

Madame, Monsieur,

Vous avez créé un compte afin de transmettre à l'ASNR les données recueillies dans le cadre des niveaux de référence diagnostiques (NRD), ou vous avez demandé à associer un nouvel établissement ou service à un compte existant.

Nous vous demandons de retourner le formulaire ci-joint rempli, daté, tamponné et signé par courrier électronique à l'adresse : [nrd@asnr.fr](mailto:nrd@asnr.fr) (*les formulaires envoyés par courrier postal ne sont plus traités*). Il nous permettra de valider votre accès aux données de l'établissement que vous avez mentionné dans le formulaire.

Ce formulaire doit être co-signé par le responsable de l'activité nucléaire concernée (radiologie conventionnelle, dentaire ou interventionnelle, scanographie, médecine nucléaire), à qui la décision n°2019-DC-0667 de l'Autorité de sûreté nucléaire du 18 avril 2019 confie la responsabilité de l'organisation des évaluations dosimétriques.

Si vous gérez les NRD de plusieurs activités dans l'établissement, nous vous invitons à fournir les informations relatives à chacune d'elles et à recueillir les signatures des différents responsables. Ainsi, vous pourrez par la suite associer ces activités à votre compte\* sans avoir à nous renvoyer un formulaire.

Nous vous adressons, Madame, Monsieur, l'expression de nos plus cordiales salutations.

L'équipe NRD

*\* Un compte peut gérer les NRD de plusieurs établissements ou services. L'association d'un établissement ou d'un service à un compte existant est réalisée via la rubrique "compte utilisateur".*

**Titulaire du compte NRD**

|                          |   |  |
|--------------------------|---|--|
| Identifiant personnel* : | Nom et Prénom* :  | <p><b>Avez-vous déjà un compte NRD* ?</b></p> <input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Oui, et je souhaite ajouter un <u>nouvel établissement</u> sur ce compte<br><input type="checkbox"/> Oui, et je souhaite ajouter un <u>nouveau service</u> à un établissement déjà enregistré sur ce compte |
| En qualité de :          | Tél :   |  |
| Courriel* :              | Date et signature* : <input style="width:150px; height:40px;" type="text"/> |  |

**Etablissement associé au compte**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Nom ou raison sociale* : | N° SIRET* :<br><small>(14 chiffres)</small> _____ |
| Adresse* :               | Code postal* : _____ Ville* : _____               |

**Cet établissement a-t-il déjà transmis des évaluations NRD\* ?**     Oui     Non     Ne sait pas

| Activité(s)*  | <input type="checkbox"/> Radiologie conventionnelle | <input type="checkbox"/> Scanographie | <input type="checkbox"/> Radiologie interventionnelle | <input type="checkbox"/> Médecine nucléaire | <input type="checkbox"/> Radiologie dentaire |
|---|---|---------------------------------------|---|---|--|
| N° ASN*   |   |                                       |   |   |  |
| <small>Le numéro ASN est, suivant le cas, le numéro de récépissé de déclaration, d'enregistrement ou d'autorisation</small> |   |                                       |   |   |  |
| Nom du responsable de l'activité*   |   |                                       |   |   |  |
| Signature du responsable d'activité nucléaire*  |   |                                       |   |   |  |
| <small>Votre demande ne pourra être traitée en l'absence de cette signature</small>   |   |                                       |   |   |  |
| Cachet de l'établissement   |   |                                       |   |   |  |