****

**D-1**

**DEMANDE D’AUTORISATION D’IMPORTATION**

**DE MATERIEL RADIOLOGIQUE DESTINE AU RADIODIAGNOSTIC**

* ***La loi 142-12 du 18 Septembre 2014 relative à la Sûreté et à la Sécurité Nucléaires et Radiologiques et à la création de l'Agence Marocaine de Sûreté et de Sécurité Nucléaires et Radiologiques ‘AMSSNuR’ ;***
* ***Décret n° 2-97-30 relatif à la protection contre les rayonnements ionisants ;***
* ***Décret 2-97-132 du 25 Joumada II 1418 -28 Octobre 1997 relatif à l’utilisation des rayonnements ionisants à des fins médicales ou dentaires.***

|  |
| --- |
| 1. **DEMANDEUR :**

Nom et Prénom du responsable de l’établissement :……………………………………………………………Adresse : …………………………………………………….………………………………………………………Tél : ……..……………GSM : ………………… Fax : …..……………Email : ………..…………..……………..Raison sociale : …………………………………………………………………………………………………….R.C. :……………………………..Patente : ……………………………………………………………………..Activité :  Importation  Montage  MaintenanceVotre société représente-t-elle une firme étrangère ?Si oui, la ou lesquelles : …………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………Fournisseur (s) : …………………………………………………………………………………………………….Adresse : …………………………………………………………………………………………………………….Pays : ……………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| 1. **STATUT JURIDIQUE DE L’ETABLISSEMENT IMPORTATEUR :**

 Secteur Public Secteur Privé Nom : ……………………………………………………………………………………………………………….Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………Tél : ………………………………… Fax : ………………………………. Email : …………………………….Statut Juridique : ……………………………………………. .N° d’agrément : ………………………................………………………….ou N° d’autorisation d’exercice pour le secteur privé : ………………………………… |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **RENSEIGNEMENTS SUR LE MATERIEL RADIOLOGIQUE A IMPORTER :**

|  |  |
| --- | --- |
| **a- Matériel fixe :** Radiographie standard  Radioscopie  Radio-photo  Scanographie  Mammographie  Ostéo-densitomètre  Panoramique dentaire  Rétro-alvéolaire | **b- Matériel Mobile :****** Radiographie Radio-photoAutres, à préciser :………………………….**c- Autres, à préciser** **:** ………………………….………………………….………………………….**d- Radiologie portable :**  Oui  Non **e- Installation mobile :** Oui  Non  |

 |

|  |
| --- |
| 1. **CARACTERISTIQUES TECHNIQUES DU MATERIEL :**
2. **Tube (s) :**
* Marque : ………………………………….………………………………………………………………...
* Fabricant : …………………………………………………….……………………………………………
* Type : …………………………………………………………………………………………………........
* Quantité : …………………………………………………………………………………………….……..
* N° de série : ………………………………………………………………………………………………..
* Foyer : ………………………………………………………………………………..................................
* Anode : ………………………………………………………………………………................................
* Puissance : …………………………………………………………………………………………………
* Tension max : ……………………………………………………………………………………………….
* Courant max : ……………………………………………………………………………………………..
* Agrément n° : ……………………………………………………………………………………………..
* Homologation n° : ……………………………………………Date de validité :………………………
* Organisme ayant effectué l’homologation : ………………………………………………………………
* Pays : …………………………………………………………………………………………………........
* Certificat de vente : ………………………………………………………………………………..………
* Le tube est-il ancien : Oui  Non 
 |
|  |
| 1. **Générateur (s) :**
* Marque : …………………………………………………………………………………………………...
* Fabricant : …………………………………………………………………………………………………
* Type : …………………………………………………………………………………..............................
* Quantité : …………………………………………………………………………………………………..
* N° de série : ……………………………………………………………………………………………….
* Puissance : ………………………………………………………………………………………………….
* Tension : …………………………………………………………………………………...........................
* Agrément n° : ………………………………………………………………………………………………
* Homologation n° : ……………………………………………Date de validité :…………………………
* Organisme ayant effectué l’homologation : ……………………………………………………………….
* Pays : …………………………………………………………………………………...............................
* Certificat de vente : ……………………………………………………………………………………….
* Le générateur est-il ancien : Oui  Non 
 |
|  |
| 1. **Appareil :**
* N° de série : ……………………………………..………………………………………………………..
* Quantité : ………………………………………………………..………………………………………..
* Le matériel est-il ancien ? Oui  Non 
* Si oui, préciser sa première affectation et éventuellement les réparations effectuées et leurs dates : ……………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| 1. **IMPORTATIONS ET INSTALLATIONS ANTERIEURS :**

a- Avez-vous déjà importé du matériel radiologique ? Oui  Non Si oui, indiquez la marque, le type et l’année : ……………………………..……………………………………...…………………………………………………………………………………………………..….........................b- Avez-vous déjà installé du matériel radiologique ? Oui  Non Si oui, précisez les lieux et les dates d’installation : ………………………………………….…………………...…………………………………………………………………………………......................................................c- Avez-vous déjà été autorisé par le Ministère de la Santé ? Oui  Non Si oui, indiquez la date et le numéro de la dernière autorisation :………………………………………………….…………………………………………………………………………………....................................................... |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **PERSONNEL EXPOSE CHARGE DU MONTAGE, DE LA MAINTENANCE ET/OU DU FONCTIONNEMENT :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom et Prénom** | **Date et lieu de naissance** | **Qualification** | **Affectation** | **Observation** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| 1. **DOCUMENTS A FOURNIR :**
* - Demande d’autorisation d’importation adressée à AMSSNuR, signée et cachetée par le responsable de l’établissement.
* - Formulaire de demande d’autorisation d’importation fourni par AMSSNuR dûment complété, signé et cacheté par le responsable de l’établissement.

 * - Copie du statut juridique du requérant \*.
* - Copie du registre de commerce\*.
* - Un engagement de la part du requérant de ne délivrer les sources de rayonnements ionisants qu’aux exploitants autorisés à cette fin par AMSSNuR\*.
* - Formulaires : abonnement à la dosimétrie et dossier médical d’embauche pour les personnes exposées, dûment complétés, signés et cachetés\*.
* - Certificat de marquage C.E. ou Certificat d’homologation (délivré par l’autorité compétente du pays d’origine en cours de validité).
* - Copie de la documentation technique relative au matériel.
* - Copie du rapport du contrôle de qualité fournie par la société mère ou un organisme agréé relatif au matériel de radiologie d’occasion.
* - Factures d’achats des moyens de protection (blouses plombées, gants plombés, lunettes anti-X, paravents de protection…) et d’appareil de mesure de débit de dose\*.
 |

\* document à fournir pour la première demande d’autorisation d’importation.

|  |
| --- |
| 1. **ENGAGEMENT :**

Je certifie l’exactitude des déclarations ci-dessus et je m’engage à :* Aviser sans délai, AMSSNuR de tout changement aux indications de la présente demande.
* Ne vendre, n’installer ou ne prêter, à quelque titre que ce soit, les appareils émetteurs de sources de rayonnements ionisants qu’à des personnes dûment autorisées par AMSSNuR.
* Respecter les normes de sécurité et de radioprotection.
* Assurer une surveillance dosimétrique au personnel exposé aux rayonnements ionisants relevant de mon établissement.
 |

Fait à :………………………, le……………………..

Cachet et Signature du Demandeur :