****

**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  Maintenance  Votre 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-photo  Autres, 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 :