

DATASHEET / FICHE DE DONNÉES

Send Written Report To / Envoyer le rapport écrit à (please print clearly / s.v.p. en lettres moulées)

Name / Nom _____

Address / Adresse _____

City / Ville _____ Province _____

Postal Code / Code postal _____ Country / Pays _____

Email / Courriel _____

Property Tested / Propriété testée:

Name / Nom _____

Address / Adresse _____

City / Ville _____ Province _____

Postal Code / Code postal _____ Country / Pays _____

Email / Courriel _____

Device Information / Information sur les dosimètres

1st Device Number / 1^{er} numéro du dosimètre _____

Location / Endroit:

- Basement / Sous-sol
- First Floor / Premier étage
- Other / Autre _____

2nd Device Number (if purchased) / 2^e numéro du dosimètre (si acheté) _____

Location / Endroit:

- Basement / Sous-sol
- First Floor / Premier étage
- Other / Autre _____

- Check here if devices were placed 4 in (10 cm) apart

Cochez si les deux dosimètres étaient placés à 4 po (10 cm) de distance

Exposure Period / Période d'exposition

Beginning Date / Date de début

_____/_____/_____
MM/MM DD/JJ YYYY/AAAA

Ending Date / Date de fin

_____/_____/_____
MM/MM DD/JJ YYYY/AAAA

IMPORTANT!

Take a picture of this sheet or
keep a copy until you obtain your
report.

Prenez une photo de cette feuille
ou faites-en une copie jusqu'à ce
que vous obteniez votre rapport.