|  |  |
| --- | --- |
|  Nr. inreg. solicitant |  |

**Catre:** ANMDMR – DIRECTIA GENERALA DISPOZITIVE MEDICALE-DIRECTIA TEHNIC LABORATOARE-SERVICIUL INCERCARI SI VERIFICARI

**Adresa:** Str. Av. Sanatescu nr. 48, sector 1, Bucuresti; tel.: +40-21 3171102/3171115; fax: +40-213163497/031 8057454

**Punct de lucru**: Bd. N. Titulescu nr. 58, sector 1, Bucuresti; tel.: +40-21 2228652/ 2600158/ 2600159; fax: +40-21 2228683

**CERERE PENTRU EMITEREA AVIZULUI DE UTILIZARE A DISPOZITIVELOR MEDICALE**

**DIN DOTAREA** **MIJLOACELOR DE INTERVENŢIE PENTRU ASISTENŢĂ MEDICALĂ DE URGENŢĂ PRESPITALICEASCĂ**

1. **SOLICITANT**

|  |  |
| --- | --- |
| Denumire:  |  |
| Adresa completa / tel. - fax , e-mail |  |
| CUI, nr. Inreg. Registrul Comertului, cont IBAN: |  |

1. **BENEFICIAR**

|  |  |
| --- | --- |
| Denumirea unitatii sanitare:  |  |
| Adresa completa / tel. - fax , e-mail |  |

1. **DISPOZITIVE MEDICALE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr. crt. | Marca M.I.A.M.U.P. | Nr. de identificare M.I.A.M.U.P.(serie sasiu) | Nr. de inmatriculareM.I.A.M.U.P. | Incadrare M.I.A.M.U.P.conform Ordinului 1.092/2006 | Denumire dispozitive medicale(in functie de tipul M.I.A.M.U.P. conform Ordinului 2.219/2022: Aspirator stationar, Aspirator portabil, Defibrilator, Injectomat, Ventilator pulmonar, ECG, Monitor functii vitale, Incubator de transport - dupa caz) | Tip/ Model D.M. | Firma/TaraproducatoareD.M. | Seria/An fabricatieD.M. |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **DOCUMENTE ANEXATE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nr.crt. | Document |
| 1 | Documente de functionare ale societatii, din care sa rezulte ca aceasta este autorizata sa desfasoare activitati referitoare la sanatatea umana: (autorizatie sanitara de functionare/certificat de inregistrare etc.). |
| 2 | Certificat de inmatriculare/carte de identitate M.I.A.M.U.P. din care sa rezulte ca ultima data autovehiculul a fost inmatriculat ca ambulanta.\* |
| 3 | Documente de provenienta M.I.A.M.U.P. (contract de vanzare-cumparare M.I.A.M.U.P.; contract de comodat; act de donatie; factura – dupa caz). |
| 4 | Documente de provenienta dispozitive medicale (factura si garantia D.M.; contract de comodat D.M.; act de donatie - dupa caz). Nu se accepta ca document de provenienta declaratia pe proprie raspundere. |
| 5 | Ultimele buletine de verificare tehnică\*\*, emise de un operator economic avizat care desfășoară activitati de mentenanță D.M. - dupa caz (sunt necesare exclusiv in cazul D.M. care nu sunt prevazute in Anexa 1 din Ord. 2.219/2022, respectiv aspirator stationar, aspirator portabil, injectomat si al caror certificat de garantie nu mai este in termen de valabilitate). |
| \* In cazul M.I.A.M.U.P. noi, se solicita declaratie de conformitate emisa de producatorul avizat care a echipat/carosat autovehiculul.\*\* Buletinele de verificare tehnică mentionate la pozitia 5, trebuie sa aiba vechime mai mica de 1 an. |

|  |
| --- |
| **Legenda:** M.I.A.M.U.P. – mijloc de intervenţie pentru asistenţă medicală de urgenţă prespitalicească;D.M. – dispozitiv medical.NOTA 1: Toate documentele se anexeaza in copie, cu mentiunea „CONFORM CU ORIGINALUL”.NOTA 2: Plata activitatilor de avizare se va face pe baza de factura transmisa pe adresa de e-mail.NOTA 3: Cererea poate fi anulata si arhivata daca solicitantul nu a completat corect cererea sau nu a depus toate documentele necesare.NOTA 4: In cazul in care solicitantul nu a depus la dosarul de lucru buletinele de verificare tehnică mentionate la pozitia 5, activitatea de verificare tehnica va fi tarifata conform ordinului ministrului sănătăţii de aprobare a tarifelor practicate de ANMDMR pentru activităţile din domeniul dispozitivelor medicale. |
|  | Numele , prenumele si semnatura reprezentantului legal.....................................................................Numele, prenumele si semnatura persoanei responsabile cu mentinerea evidentei D.M.......................................................................Tel.mobil:……………………...................... E-mail:…………………............................. |
| Data: ……………….. |  |