|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 BULETINULUI DE VERIFICARE PERIODICA 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 inmatriculare  M.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: Defibrilator, Ventilator pulmonar, ECG, Monitor functii vitale, Incubator de transport – dupa caz) | Tip/Model D.M. | Firma/ Tara  producatoare  D.M. | Seria/ An fabricatie  D.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). |
| 2 | Avizele/buletinele de verificare periodica/rapoartele negative de incercari emise anterior. |
| 3 | 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 sunt prevazute in Anexa 1 din Ord. 2.219/2022 la punctele 10 si 11, respectiv ventilator pulmonar, ECG, monitor functii vitale).  In cazul D.M. carora li s-au emis rapoarte negative de incercari verificarea tehnica periodica este obligatorie. |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 verificare tehnica periodica 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 3, cererea 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: ……………….. |  |