|  |  |
| --- | --- |
| Nr. inreg. al solicitantului |  |

**Catre:** ANMDMR – 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 DISPOZITIVULUI MEDICAL**

1. **SOLICITANT/ BENEFICIAR**

|  |  |
| --- | --- |
| Denumirea unitatii sanitare: |  |
| Adresa completa / tel. - fax , e-mail: |  |
| CUI, nr. Inreg. Registrul Comertului, cont IBAN: |  |
| Adresa completa a locului de utilizare a dispozitivelor  medicale / tel. - fax , e-mail |  |

1. **DISPOZITIVE MEDICALE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr. crt. | Denumirea dispozitivului medical | Tip/ Model (D.M.) | Firma/ Tara producatoare (D.M.) | Seria/ An fabricatie  (D.M.) | Ultimul document care atesta verificarea tehnica a DM (aviz/buletin eliberat de ANMDMR) |
| 01 |  |  |  |  |  |
| 02 |  |  |  |  |  |
| 03 |  |  |  |  |  |
| 04 |  |  |  |  |  |
| 05 |  |  |  |  |  |

1. **DOCUMENTE ANEXATE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nr.crt. | Document |
| 01 | Documente de functionare ale societatii (autorizatia de functionare /autorizatie sanitara de functionare/certificat de inregistrare, dupa caz) |

|  |  |
| --- | --- |
| NOTA 1: Documentele mentionate se anexeaza in copie.  NOTA 2: Plata lucrarilor se va face pe baza de factura tranmisa 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 |  |
|  | Numele , prenumele si semnatura reprezentantului legal  Numele, prenumele si semnatura persoanei responsabile cu mentinerea evidentei DM  Tel.mobil:……………………. |
| Data ……………… |  |