

CERERE PENTRU ELIBERAREA UNUI AVIZ DE VAMĂ

Către:

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
AGENȚIA NAȚIONALĂ A MEDICAMENTULUI ȘI A DISPOZITIVELOR MEDICALE**

Șos. Nicolae Titulescu nr. 58, sector 1, 011144, București

Tel: +40-21.222.86.52 / 260.01.59

Fax: +40-21.222.86.83

Solicitant (organizație)

Cu sediul în

Telefon Fax E-mail

CUI Nr. de ordine în Registrul Comerțului

Cont IBAN deschis la

reprezentată prin

având funcția de

Solicit eliberarea unui aviz de vamă pentru următoarele dispozitive medicale:

Nr. crt.	Descriere dispozitiv medical (denumire, tip)	Producător / țară	Documente anexate *

Conform factura nr. / data

Exportator:

Menționez că aceste dispozitive medicale sunt importate doar:

[] în scopul evaluării tehnice, investigației clinice și/sau evaluării performanței în vederea certificării

[] ca mostre pentru târguri, expoziții sau alte manifestări promoționale,

(Art. 13 din Ordinul ministrului sănătății nr. 1009/2016 privind înregistrarea dispozitivelor medicale în baza națională de date)

Anexez prezentei cereri:

- factura;

- documentele menționate în tabelul de mai sus (ultima coloană).

Data

Nume, prenume

Semnătură

* Documente care să ateste încadrarea produselor în cauză în categoria dispozitivelor medicale (ex. declarație de conformitate, certificat de conformitate CE – după caz), precum și documente care să demonstreze că importul dispozitivelor medicale se face în scopurile menționate anterior.