

**CERERE PENTRU ELIBERAREA UNUI CERTIFICAT
DE LIBERĂ VÂNZARE DISPOZITIVE MEDICALE**

Către:

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

AGENȚIA NAȚIONALĂ A MEDICAMENTULUI ȘI A DISPOZITIVELOR MEDICALE DIN ROMANIA

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

Loc de producție.....

Telefon Fax E-mail

CUI Nr. de ordine în Registrul Comerțului

Cont IBAN deschis la

reprezentată prin

având funcția de

Solicit eliberarea unui certificat de liberă vânzare pentru următoarele dispozitive medicale:

Nr. crt.	Denumire, tip dispozitiv medical	Denumire, tip dispozitiv medical (engleza)	Clasa	Țara în care se face exportul	Documente anexate *

Anexez prezentei cereri:

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

Data

Nume, prenume

Semnătură

* Documente care să ateste ca dispozitivelor medicale au fost supuse procedurii de evaluare a conformitatii (ex. declarație de conformitate, certificat de înregistrare dispozitive medicale, certificat de conformitate CE – după caz).