

Catre: ANMDMR – DIRECTIA TEHNIC-LABORATOARE - SERVICIUL UNITATE NUCLEARA

Adresa: Str.AV.Sanatescu nr. 48, sect. 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

Nr. inreg.solicitant: \_\_\_\_\_

**CERERE PENTRU EMITEREA AVIZULUI DE UTILIZARE A DISPOZITIVELOR MEDICALE  
PENTRU DIAGNOSTIC SI TRATAMENT PRIN RADIATII IONIZANTE, MEDICINA NUCLEARA SI RMN**

**1. SOLICITANT**

Denumire:	
Adresa completa / tel. - fax , e-mail	
CUI, Nr.Reg. Comertului, cont IBAN	

**2. BENEFICIAR**

Denumirea unitatii sanitare:	
Adresa completa a locului de utilizare a dispozitivelor medicale / tel. - fax	

**3. DISPOZITIVE MEDICALE \***

Nr. Crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tip / Model	Firma / Tara producatoare	Seria / An fabricatie
01				
02				
03				
04				
05				

**4. DOCUMENTE ANEXATE**

Nr. crt.	Document	Nr.de pagini
01	Autorizație sanitară de funcționare, valabilă, emisă de Direcția de Sănătate Publică pentru locul de utilizare al dispozitivelor medicale;	
02	Autorizație de amplasare și construcție, emisă de CNCAN (toate fișele, dacă este cazul)	
03	Documente care dovedesc proveniența aparatului	
04	Buletin de verificare tehnică după montare, emis de o unitate de service avizată de Ministerul Sănătății și autorizată de CNCAN (toate fișele, dacă este cazul)	
05	Procedurile indicate de producător pentru verificarea îndeplinirii setului de criterii de acceptanță.	

NOTA: Documentele menționate se prezintă în copie.

Plata lucrărilor de avizare se va face pe baza de factură.

În cazul neefectuării lucrării din vina solicitantului, nu se returnează mai mult de 90% din valoarea achitată.

Data .....

Numele, prenumele și semnatura  
reprezentantului legal

Numele, prenumele și semnatura persoanei  
responsabile cu menținerea evidenței DM

Tel.mobil:..... e-mail.....