

Nr inregistrare solicitant:
-----------------------------

Catre: ANMDMR – DIRECTIA TEHNIC-LABORATOARE – SERVICIUL UNITATE NUCLEARA  
Adresa: Str.Av.Sanatescu nr. 48, sect. 1, Bucuresti; telefon: +40-21 3171102/3171115; fax: +40-213163497/031 8057454  
Punct de lucru: Bd.N.Titulescu nr.58, sector 1, Bucuresti; telefon: +40-21 2228652/ 2600158/ 2600159; fax: +40-21 2228683

**CERERE PENTRU EMITEREA BULETINULUI DE VERIFICARE PERIODICA A DISPOZITIVELOR MEDICALE  
PENTRU DIAGNOSTIC SI TRATAMENT PRIN RADIATII IONIZANTE, MEDICINA NUCLEARA SI RMN**

**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	

**2. DISPOZITIVE MEDICALE \***

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tip / Model	Firma / Tara producatoare	Seria / An fabricatie
01				
02				
03				
04				
05				
06				

**3. DOCUMENTE**

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 utilizare, valabilă, emisă de CNCAN (toate filele, daca este cazul)	
03	Buletin de verificare tehnică, valabil conform autorizației de utilizare, emis de o unitate de service avizată de Ministerul Sănătății și autorizată de CNCAN (toate filele, dupa caz)	

Documentele mentionate se prezinta in copie.  
Plata lucrarilor de verificare se va face pe baza de factura.  
In cazul neefectuării lucrării din vina solicitantului, nu se returneaza mai mult de 90% din valoarea achitata.

Data.....

Numele , prenumele si semnatura reprezentantului legal

Numele, prenumele si semnatura persoanei responsabile cu mentinerea evidentei DM

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