

**FORMULAR PLATĂ TARIF ÎNCERCĂRI DISPOZITIVE MEDICALE**

de rontgendiagnostic, de tratament prin radiații ionizante, de medicină nucleară, de rezonanță magnetică

**EMITERE AVIZ DE UTILIZARE**

Poziția OMS 3467/2022 Indexat în anul 2025	Încercări dispozitive medicale	Cuquantum Tarif Indexat LEI / DM	Număr DM	Suma de plată
6.1	Încercări de electrosecuritate pentru dispozitive electromedicale, inclusiv cele conexe dispozitivelor medicale generatoare de radiații	291		
6.4	Încercări conform criteriilor de acceptabilitate ale Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare (CNCAN) pentru: Rx fix post grafie, Rx fix post scopie-grafie, Rx fix două posturi, Rx mobil grafie, Rx mobil scopie-grafie cu brat C (inclusiv litotriptor), Rx mamografie, Rx Angiograf, Rx dentar panoramic, Osteodensitometru, Simulator de iradiere în terapie	1166		
6.5	Încercări conform criteriilor de acceptabilitate ale CNCAN pentru: Aparat de radiografie dentară intraorală, Dispozitive medicale de medicină nucleară	943		
6.6	Încercări conform criteriilor de acceptabilitate ale CNCAN pentru: CT, Simulator CT, Accelerator liniar, Cobaltron, Brahiterapie, Iradiator	1749		
	Echipament rezonanță magnetică (RMN)	1749		
6.9	Verificări pentru autorizare/reautorizare CNCAN (30% din tariful de bază)	30% din tariful de bază		
6.10	Evaluarea documentației în vederea emiterii buletinului de verificare periodică	58		
6.11	Emiterea sau modificarea avizului de utilizare/buletinului de verificare periodică	23		
6.12	Eliberarea la cererea solicitantului a unui exemplar original al raportului de încercări	46		
<b>TOTAL:</b>				

**NOTĂ:**

- Acest formular se transmite în format electronic la adresa de e-mail [registratura@anm.ro](mailto:registratura@anm.ro) sau în format letric la registratura ANMDMR din București, str. Av. Sănătescu, nr. 48, sector 1;
- Pentru prestarea serviciilor prevăzute la punctele 6.1 ÷ 6.9 este necesară deplasarea la locul de utilizare.** Cheltuielile de deplasare, respectiv de cazare și transport, fac obiectul unei facturi fiscale și vor fi suportate de către solicitant;
- Tarifele se indexează anual, până la data de 31 ianuarie, cu rata medie a inflației din anul anterior.

Denumirea unității sanitare:	
Adresa sediului:	
Adresa locului de utilizare a DM:	
Telefon / Fax / E-mail:	
Cont IBAN / Banca:	
Nr. înreg. la Reg. Comerțului/Cod fiscal:	
Numele, prenumele și semnătura reprezentantului legal	

**CERERE EMITERE AVIZ DE UTILIZARE**

dispozitive medicale de rontgendiagnostic, de tratament prin radiații ionizante, de medicină nucleară, de rezonanță magnetică

Nr. crt.	Denumire dispozitiv medical	Tip / Model	Firma / Țara producătoare	Seria / An fabricație
1				
2				
3				

După înregistrarea formularului plată tarif la Registratura ANMDMR, se transmit pe adresa de email [dtl@anm.ro](mailto:dtl@anm.ro) sau prin accesarea platformei ANMDMR prin link-ul: <https://www.anm.ro/upload/> următoarele documente:

-	Autorizație sanitară/Aviz sanitar, emise de DSP / Laboratorul de Igiena Radiațiilor Ionizante pentru locul de utilizare al DM
-	Autorizație de amplasare și construcție / Autorizație de deținere / Autorizație furnizare emise de CNCAN
-	Documente care dovedesc proveniența dispozitivelor medicale
-	Raport de verificare tehnică după instalare, emis de un operator economic avizat de ANMDMR, respectiv CNCAN
-	Procedurile indicate de producător pentru verificarea îndeplinirii setului de criterii de acceptanță

**Persoana cu evidența dispozitivelor medicale:**

Nume și prenume, semnătură:	
Mobil / E-mail:	

<b>Nr. crt.</b>	<b>Denumire dispozitiv medical</b>	<b>Tip / Model</b>	<b>Firma / Țara producătoare</b>	<b>Seria / An fabricație</b>