

FORMULAR PLATĂ TARIF ÎNCERCĂRI DISPOZITIVE ELECTROMEDICALE				
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		
6.2	Încercări de performanțe pentru dispozitive electromedicale, inclusiv cele conexe dispozitivelor medicale generatoare de radiații	210		
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		
TOTAL:				

NOTĂ:

2. Acest formular se transmite în format electronic la adresa de e-mail registratura@anm.ro sau în format letric la registratura ANMDMR din București, str. Av. Sănătescu, nr. 48, sector 1;

3. **Pentru prestarea serviciilor prevăzute la punctele 6.1 și 6.2 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;

4. Tarifele se indexează anual, până la data de 31 ianuarie, cu rata medie a inflației din anul anterior.

Solicitant / Beneficiar:	
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:	

Data	
Nume, prenume și semnătura reprezentantului legal	

CERERE EMITERE AVIZ DE UTILIZARE DISPOZITIVE ELECTROMEDICALE				
Nr. crt.	Denumire dispozitiv medical	Tip / Model	Firma / Țara producătoare	Seria / An fabricație
1				
2				
3				
4				
5				
6				

După înregistrarea formularului plată tarif la Registratura ANMDMR, se transmit pe adresa de email dtl@anm.ro sau prin accesarea platformei ANMDMR prin link-ul: https://www.anm.ro/upload/ următoarele documente:	
-	Autorizație sanitară, valabilă, emisă de Direcția de Sănătate Publică
-	Autorizație de funcționare
-	Certificat de înregistrare

Persoana cu evidența dispozitivelor medicale:	
Nume și prenume, semnătură:	
Mobil / E-mail:	

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