|  |
| --- |
| **FORMULAR PLATĂ TARIF ÎNCERCĂRI DISPOZITIVE MEDICALE (DM)**  **Pentru diagnostic sau tratament prin radiații ionizante, medicină nucleară sau rezonanță magnetică**  **EMITERE BULETIN DE VERIFICARE PERIODICĂ** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Poziția OMS 3467/2022**  **Indexat in anul 2024** | **Încercări dispozitive medicale** | | | **Cuantum 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 | | | 276 |  | |  |
| 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\*) | | | 1104 |  | |  |
| 6.9 | Verificări pentru autorizare/reautorizare CNCAN | | | 30% din  tariful de bază |  | |  |
| 6.10 | Evaluarea documentației în vederea emiterii avizului de utilizare/buletinului de verificare periodică | | | 55 |  | |  |
| 6.11 | Emiterea sau modificarea avizului de utilizare/buletinului de verificare periodică | | | 22 |  | |  |
| 6.12 | Eliberarea la cererea solicitantului a unui exemplar original al raportului de încercări | | | 44 |  | |  |
| **TOTAL** | | | | |  | |  |
| **Notă:**   1. **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.** 2. **Pentru prestarea serviciilor prevăzute la punctele 6.1 ÷ 6.9 este necesară deplasarea la locul de utilizare. Cheltuielile de deplasare, respectiv de cazare şi transport, fac obiectul unei facturi fiscale și vor fi suportate de către solicitant.** | | | | | | | |
| **Solicitant / Beneficiar:** | | |  | | |  |  |
| Denumirea Unității sanitare: | |  | | | | | |
| Adresa sediului: | |  | | | | | |
| Adresa locului de utilizare a DM: | |  | | | | | |
| Telefon / Fax / **E-mail:** | |  | | | | | |
| Cont IBAN / Banca: | |  | | | | | |
| Nr. înreg. la Reg. Comerţului / Cod fiscal: | |  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Data …………………………… | Numele, prenume și semnătura reprezentantului legal |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CERERE PENTRU EMITEREA BULETINULUI DE VERIFICARE PERIODICĂ A DISPOZITIVELOR MEDICALE**  **PENTRU DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT PRIN RADIAȚII IONIZANTE, MEDICINĂ NUCLEARĂ ȘI RMN** | | | | |
| **Nr. crt.** | **Denumire dispozitiv medical** | **Tip / Model** | **Producător / Țara** | **Seria / An de fabricație** |
| 01 |  |  |  |  |
| 02 |  |  |  |  |
| 03 |  |  |  |  |
| 04 |  |  |  |  |
| 05 |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Documente anexate** | |
| 01 | Autorizaţie sanitară, valabilă, emisă de Direcţia de Sănătate Publică / Laboratorul de Igiena Radiațiilor Ionizante pentru locul de utilizare al dispozitivelor medicale; |
| 02 | Autorizaţie de utilizare / Certificat de înregistrare, valabil, emis de CNCAN; |
| 03 | Buletin de verificare tehnică, valabil, emis de o unitate de service avizată de Ministerul Sănătăţii şi autorizată de CNCAN; |

|  |  |
| --- | --- |
| **Persoana cu evidenta dispozitivelor medicale:** | |
| Nume și prenume, semnatura: |  |
| Mobil / E-mail: |  |