

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 în anul 2024	Încercări dispozitive medicale	Quantum 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:

- 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.
- 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.

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

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	Autorizație sanitară, valabilă, emisă de Direcția de Sănătate Publică / Laboratorul de Igiena Radiațiilor Ionizante pentru locul de utilizare al dispozitivelor medicale;
02	Autorizație de utilizare / Certificat de înregistrare, valabil, emis de CNCAN;
03	Buletin de verificare tehnică, valabil, emis de o unitate de service avizată de Ministerul Sănătății și autorizată de CNCAN;

Persoana cu evidenta dispozitivelor medicale:

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