|  |
| --- |
| **FORMULAR PLATĂ TARIF EMITERE BULETIN DE VERIFICARE PERIODICĂ**  **ECHIPAMENTE DE RADIOPROTECȚIE** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Poziția OMS 3467/2022**  **Indexat în anul 2025** | **Încercări dispozitive medicale** | | **Cuantum Tarif**  **Indexat**  **LEI / DM** | | **Număr DM** | | **Suma de plată** |
| 6.7 | Verificare echipament de radioprotecție | | 116 | |  | |  |
| 6.8 | Execuție radiografie pentru echipament de radioprotecție | | 23 | |  | |  |
| 6.9 | Verificări pentru autorizare/reautorizare CNCAN | | 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 | |  | |  |
| **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. **Tarifele se indexează anual, până la data de 31 ianuarie, cu rata medie a inflaţiei 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. Comerţului / Cod fiscal: | |  | | | | | |

Data ……………………………

Nume, prenume și semnătura reprezentantului legal

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CERERE EMITERE BULETIN DE VERIFICARE PERIODICĂ**  **ECHIPAMENTE DE RADIOPROTECȚIE** | | | | |
| **Nr. crt.** | **Denumire dispozitiv medical** | **Tip / Model** | **Firma / Țara producătoare** | **Seria / An fabricație** |
| 01 |  |  |  |  |
| 02 |  |  |  |  |
| 03 |  |  |  |  |
| 04 |  |  |  |  |
| 05 |  |  |  |  |
| 06 |  |  |  |  |
| 07 |  |  |  |  |
| 08 |  |  |  |  |
| 09 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **După înregistrarea formularului de plată tarif la Registratura ANMDMR, se transmit pe adresa de email** [**dtl@anm.ro**](mailto:dtl@anm.ro) **sau prin accesarea platformei ANMDMR la următorului link:** [**https://www.anm.ro/upload/**](https://www.anm.ro/upload/) **următoarele documente:** | |
| 01 | Autorizaţie de securitate radiologică pentru produs/ Autorizație de furnizare, emisă de CNCAN pentru fiecare echipament de radioprotecție |
| 02 | Autorizație sanitară de funcționare pentru sediul unității sanitare sau, după caz, pentru locul de utilizare ale DM emisă de DSP |
| 03 | Radiografii de test\* (în format clasic sau digital) pentru echipamentele de radioprotecţie execuate conform: „Procedură de realizare a radiografiilor de test şi a pozelor de evaluare pentru echipamente de radioprotecţie” |
| 04 | Poze de evaluare (în format clasic sau digital) pentru echipamentele de radioprotecţie execuate conform „Procedură de realizare a radiografiilor de test şi a pozelor de evaluare pentru echipamente de radioprotecţie” |

***\* Se poate solicita în cerere executarea radiografiilor de test la ANMDMR. În acest caz, echipamentele de radioprotecție se trimit prin curierat în Str. Av. Sănătescu nr. 48, sector 1, București la o dată stabilită/programată telefonic.***

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