

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

Poziția OMS 3467/2022	Încercări dispozitive medicale	Cuquantum Tarif Indexat 2026 LEI / DM	Număr DM	Suma de plată
6.7	Verificare echipament de radioprotecție	124		
6.8	Execuție radiografie pentru echipament de radioprotecție	25		
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	62		
6.11	Emiterea sau modificarea avizului de utilizare/buletinului de verificare periodică	25		
6.12	Eliberarea la cererea solicitantului a unui exemplar original al raportului de încercări	49		
TOTAL:				

NOTĂ:

1. 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;
2. Dacă se solicită efectuarea radiografiilor de test la ANMDMR, se completează nr. corespunzător de echipamente de radioprotecție în tabelul alăturat "CALCUL NR. RADIOGRAFII" în coloana "NR. DM" în funcție de tipul echipamentului.

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 BULETIN DE VERIFICARE PERIODICĂ
ECHIPAMENTE DE RADIOPROTECȚIE**

Nr. crt.	Denumire dispozitiv medical	Tip / Model	Firma / Țara producătoare	Seria / An fabricație
1				
2				
3				
4				
5				

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 de securitate radiologică pentru produs/Autorizație de furnizare, emisă de CNCAN pentru fiecare echipament de radioprotecție
-	Autorizație sanitară de funcționare pentru sediul unității sanitare sau, după caz, pentru locul de utilizare ale DM emisă de DSP
-	Poze de evaluare (în format clasic sau digital) pentru echipamentele de radioprotecție executate conform „Procedură de realizare a radiografiilor de test și a pozelor de evaluare pentru echipamente de radioprotecție”
-	Radiografii de test (pe film sau digital) pentru echipamentele de radioprotecție executate conform: „Procedură de realizare a radiografiilor de test și a pozelor de evaluare pentru echipamente de radioprotecție”
☐	Solicitare pentru efectuarea 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 pe email. Solicitarea se bifează.

Persoana cu evidența dispozitivelor medicale:

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

[illegible]

CALCUL NR. RADIOGRAFII			
Tip echipament	Nr. buc. echip.	Nr. Radiografii pentru un echip.	Nr. Total Radiografii
Șort		3	
Fustă		2	
Vestă		2	
Mănuși		1	
Protecție		1	
Ochelari		1	
Total echipamente		Nr. Total Radiografii	

