

FORMULAR PLATĂ TARIF ÎNCERCĂRI DISPOZITIVE MEDICALE
 pentru Rx fix post grafie, Rx fix post scopie-grafie, Rx fix două posturi, Rx mobil grafie, Rx mobil scopie-grafie cu braț C (inclusiv
 litotriptor), Rx mamografie
EMITERE BULETIN DE VERIFICARE PERIODICĂ

Poziția OMS 3467/2022	Încercări dispozitive medicale	Cuquantum Tarif Indexat 2026 LEI / DM	Număr DM	Suma de plată
6.1	Încercări de electrosecuritate pentru dispozitive electromedicale, inclusiv cele conexe dispozitivelor medicale generatoare de radiații	312		
6.4	Încercări conform criteriilor de acceptabilitate CNCAN pentru: Rx fix post grafie, Rx fix post scopie-grafie, Rx fix două posturi, Rx mobil grafie, Rx mobil scopie-grafie cu braț C (inclusiv litotriptor), Rx mamografie, Rx Angiografie	1251		
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:

- 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, 6.4 și 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	
Nume, prenume și semnătura reprezentantului legal	

CERERE EMITERE BULETIN DE VERIFICARE PERIODICĂ DISPOZITIVE MEDICALE

pentru Rx fix post grafie, Rx fix post scopie-grafie, Rx fix două posturi, Rx mobil grafie, Rx mobil scopie-grafie cu braț C (inclusiv
 litotriptor), RX mamografie

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

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/ Laboratorul de Igiena Radiațiilor Ionizante pentru locul de utilizare al dispozitivelor medicale
-	Autorizație de utilizare / Certificat de înregistrare, valabil, emis de CNCAN
-	Buletin de verificare tehnică, valabil, emis de un operator economic avizat de ANMDMR și autorizat de CNCAN

Persoana cu evidența dispozitivelor medicale:

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

[illegible]