

FORMULAR PLATĂ TARIF ÎNCERCĂRI DISPOZITIVE MEDICALE de rontgendiagnostic, de tratament prin radiații ionizante, de medicină nucleară, de rezonanță magnetică EMITERE AVIZ DE UTILIZARE
--

Poziția OMS 3467/2022	Încercări dispozitive medicale	Cuatum 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 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	1251		
6.5	Încercări conform criteriilor de acceptabilitate ale CNCAN pentru: Aparat de radiografie dentară intraorală, Dispozitive medicale de medicină nucleară	1000		
6.6	Încercări conform criteriilor de acceptabilitate ale CNCAN pentru: CT, Simulator CT, Accelerator liniar, Cobaltron, Brahiterapie, Iradiator	1877		
	Echipament rezonanță magnetică (RMN)	1877		
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. 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.

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:	
Numele, prenumele și semnătura reprezentantului legal	

CERERE EMITERE AVIZ DE UTILIZARE				
dispozitive medicale de rontgendiagnostic, de tratament prin radiații ionizante, de medicină nucleară, de rezonanță magnetică				
Nr. crt.	Denumire dispozitiv medical	Tip / Model	Firma / Țara producătoare	Seria / An fabricație
1				
2				
3				

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/Aviz sanitar, emise de DSP / Laboratorul de Igiena Radiațiilor Ionizante pentru locul de utilizare al DM
-	Autorizație de amplasare și construcție / Autorizație de deținere / Autorizație furnizare emise de CNCAN
-	Documente care dovedesc proveniența dispozitivelor medicale
-	Raport de verificare tehnică după instalare, emis de un operator economic avizat de ANMDMR, respectiv CNCAN
-	Procedurile indicate de producător pentru verificarea îndeplinirii setului de criterii de acceptanță

Persoana cu evidența dispozitivelor medicale:	
Nume și prenume, semnătură:	
Mobil / E-mail:	

Nr. crt.	Denumire dispozitiv medical	Tip / Model	Firma / Țara producătoare	Seria / An fabricație