

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FORMULAR PLATĂ TARIF EMITERE BULETIN DE VERIFICARE PENTRU DISPOZITIVE MEDICALE</b><br><b>pe baza raportului de verificare tehnică emis de service</b><br>pentru sterilizatoare cu abur, aparate de hemodializă, aparate de anestezie și/sau de ventilație, electrocardiografe, monitoare de funcții vitale |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Poziția<br>OMS<br>3467/2022 | Încercări dispozitive medicale                                                     | Cuquantum<br>Tarif<br>Indexat 2026<br>LEI / DM | Număr<br>DM | Suma<br>de<br>plată |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------|---------------------|
| 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                                             |             |                     |
| TOTAL:                      |                                                                                    |                                                |             |                     |

|                                                                                                                                                                                                                                        |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>NOTĂ:</b>                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 1. Acest formular se transmite în format electronic la adresa de e-mail <a href="mailto:registratura@anm.ro">registratura@anm.ro</a> sau în format lettric la registratura ANMDMR din București, str. Av. Sănătescu, nr. 48, sector 1. |  |
| <b>Solicitant / Beneficiar:</b>                                                                                                                                                                                                        |  |
| 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 PENTRU DISPOZITIVE MEDICALE                                                                        |                             |             |                           |                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------|---------------------------|-----------------------|
| pe baza raportului de verificare tehnică emis de service                                                                                          |                             |             |                           |                       |
| pentru sterilizatoare cu abur, aparate de hemodializă, aparate de anestezie și/sau de ventilație, electrocardiografe, monitoare de funcții vitale |                             |             |                           |                       |
| Nr. crt.                                                                                                                                          | Denumire dispozitiv medical | Tip / Model | Firma / Țara producătoare | Seria / An fabricație |
| 1                                                                                                                                                 |                             |             |                           |                       |
| 2                                                                                                                                                 |                             |             |                           |                       |
| 3                                                                                                                                                 |                             |             |                           |                       |
| 4                                                                                                                                                 |                             |             |                           |                       |
| 5                                                                                                                                                 |                             |             |                           |                       |
| 6                                                                                                                                                 |                             |             |                           |                       |
| 7                                                                                                                                                 |                             |             |                           |                       |
| 8                                                                                                                                                 |                             |             |                           |                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| După înregistrarea formularului plată tarif la Registratura ANMDMR, se transmit pe adresa de email <a href="mailto:dtl@anm.ro">dtl@anm.ro</a> sau prin accesarea platformei ANMDMR prin link-ul: <a href="https://www.anm.ro/upload/">https://www.anm.ro/upload/</a> următoarele documente: |                                                                                                                                                                                                                 |
| -                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Autorizație sanitară, valabilă, emisă de Direcția de Sănătate Publică                                                                                                                                           |
| -                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Autorizație de funcționare                                                                                                                                                                                      |
| -                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Certificat de înregistrare                                                                                                                                                                                      |
| -                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Poza etichetei dispozitivului medical pentru sterilizatoare cu abur, aparate de hemodializă, aparate de anestezie și/sau de ventilație, electrocardiografe și monitoare                                         |
| -                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Buletinul de verificare tehnică emis de un operator economic avizat de ANMDMR pentru sterilizatoare cu abur, aparate de hemodializă, aparate de anestezie și/sau de ventilație, electrocardiografe și monitoare |

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

