|  |
| --- |
| **FORMULAR PLATĂ TARIF INCERCĂRI DISPOZITIVE MEDICALE (D.M.)**  **(anestezie, ventilatie, ecografe, ekg, monitoare, defibrilatoare, electrochirurgie cu curenti de inalta frecventa, incubatoare, hemodializa, sterilizatoare)**  **EMITERE AVIZ DE UTILIZARE / BULETIN DE VERIFICARE PERIODICĂ** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pozitia OMS 3467/2022**  **Indexat in anul 2024** | | **Încercări dispozitive medicale** | | | | **Cuantum Tarif**  **Indexat**  **LEI / DM** | **Număr DM** | **Suma de plata** | |
| 6.1 | | Încercări de electrosecuritate pentru dispozitive electromedicale, inclusiv cele conexe dispozitivelor medicale generatoare de radiații | | | | 276 |  |  | |
| 6.2 | | Încercări de performanțe pentru dispozitive electromedicale, inclusiv cele conexe dispozitivelor medicale generatoare de radiații | | | | 199 |  |  | |
| 6.3 | | Încercări de performanțe pentru dispozitive medicale neelectrice | | | | 110 |  |  | |
| 6.10 | | Evaluarea documentației în vederea emiterii buletinului de verificare periodică | | | | 55 |  |  | |
| 6.11 | | Emiterea sau modificarea avizului de utilizare/buletinului de verificare periodică | | | | 22 |  |  | |
| 6.12 | | Eliberarea la cererea solicitantului a unui exemplar original al raportului de încercări | | | | 44 |  |  | |
| **TOTAL** | | | | | | |  |  | |
| **Nota:**  **1. Acest formular se transmite in format electronic la adresa de e-mail:** [**registratura@anm.ro**](mailto:registratura@anm.ro) **sau in format letric la registratura ANMDMR din Bucuresti, Str. Av. Sănătescu nr. 48, sector 1, Bucuresti.**  **2. Pentru prestarea serviciilor prevăzute la pct. 6.1 - 6.3 este necesara deplasarea la locul de utilizare. Cheltuielile de deplasare, respectiv de cazare şi transport fac obiectul unei facturi fiscale si vor fi suportate de către solicitant.** | | | | | | | | | |
| **Solicitant/ Beneficiar:** | | | | | | |  |  |  |
| Denumirea unitatii sanitare: | | | |  | | | | | |
| Adresa completă: | | | |  | | | | | |
| Adresa completa a locului de utilizare a dispozitivelor medicale: | | | |  | | | | | |
| Telefon/ Fax, **E-mail:** | | | |  | | | | | |
| Cont IBAN, Banca: | | | |  | | | | | |
| Nr. înreg. la Reg. Comerţului, Cod fiscal: | | | |  | | | | | |
| Numele , prenumele si semnatura reprezentantului legal | | | | | | | | | |
| **CERERE PENTRU EMITERE AVIZ DE UTILIZARE / BULETINULUI DE VERIFICARE PERIODICA A D.M.**  **(anestezie, ventilatie, ecografe, ekg si monitoare, defibrilatoare, electrochirurgie cu curenti de inalta frecventa, incubatoare, hemodializa, sterilizatoare)** | | | | | | | | | |
| **Nr. crt.** | **Denumire dispozitiv medical** | | **Tip / Model** | | **Producător / Țara** | | **Seria / An de fabricație** | | |
| 01 |  | |  | |  | |  | | |
| 02 |  | |  | |  | |  | | |
| 03 |  | |  | |  | |  | | |
| 04 |  | |  | |  | |  | | |
| 05 |  | |  | |  | |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Documente anexate** | |
| 01 | Documente de functionare ale societatii (autorizatia de functionare /autorizatie sanitara de functionare/certificat de inregistrare, dupa caz) |
| 02 | Pentru: anestezie, ventilatie, electrocardiografe, monitoare, hemodializa, sterilizatoare, este necesara poza cu eticheta dispozitivului medical. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Persoana responsabila cu evidenta dispozitivelor medicale:** | |
| Nume și prenume, semnatura: |  |
| Mobil, E-mail: |  |

Data ……………………………