|  |
| --- |
| **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** **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 ……………………………