

FORMULAR PLATĂ TARIF EMITERE BULETIN DE VERIFICARE PERIODICĂ DISPOZITIVE MEDICALE
pe baza raportului de verificare tehnică emis de service

pentru Rx dentar intraoral, Rx dentar panoramic, Rx Angiografie, Osteodensitometru Rx, Instalație de medicină nucleară, CT,
Simulator CT, Accelerator liniar, Cobaltron, Instalație de brahiterapie, Iradiator, RMN

| Poziția OMS 3467/2022 | Încercări dispozitive medicale | Cuquantum Tarif Indexat 2026 LEI / DM | Număr DM | Suma de 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: | | | | |

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.

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

pe baza raportului de verificare tehnică emis de service

pentru Rx dentar intraoral, Rx dentar panoramic, Rx Angiografie, Osteodensitometru Rx, Instalație de medicină nucleară, CT,
Simulator CT, Accelerator liniar, Cobaltron, Instalație de brahiterapie, Iradiator, RMN

| Nr. crt. | Denumire dispozitiv medical | Tip / Model | Firma / Țara producătoare | Seria / An fabricație |
|----------|-----------------------------|-------------|---------------------------|-----------------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |

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/Raport de verificare tehnică, valabil, emis de un operator economic avizat de ANMDMR și autorizat de CNCAN |
| - | Pentru osteodensitometru ultimul Test zilnic de asigurarea calității examenului („Daily test”) efectuat |

Persoana cu evidența dispozitivelor medicale:

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

