

FORMULAR PLATĂ TARIF ÎNCERCĂRI 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	Cuquantum 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 ANM DMR 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 și 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. Comerțului, 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