

FORMULAR PLATĂ TARIF ÎNCERCĂRI DISPOZITIVE MEDICALE

aparate de electrochirurgie cu curenți de înaltă frecvență, ecografe, incubatoare, defibrilatoare, sterilizatoare cu abur, aparate de hemodializă, aparate de anestezie și/sau de ventilație, electrocardiografe și monitoare

EMITERE BULETIN DE VERIFICARE PERIODICĂ / AVIZ DE UTILIZARE

Pozitia OMS 3467/2022 Indexat în anul 2025	Încercări dispozitive medicale	Cuatum 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	291		
6.2	Încercări de performanțe pentru dispozitive electromedicale, inclusiv cele conexe dispozitivelor medicale generatoare de radiații	210		
6.3	Încercări de performanțe pentru dispozitive medicale neelectrice	116		
6.10	Evaluarea documentației în vederea emiterii buletinului de verificare periodică	58		
6.11	Emiterea sau modificarea avizului de utilizare/buletinului de verificare periodică	23		
6.12	Eliberarea la cererea solicitantului a unui exemplar original al raportului de încercări	46		
TOTAL				

NOTĂ:

- 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, București;
- Pentru prestarea serviciilor prevăzute la pct. 6.1 - 6.3 este necesară deplasarea la locul de utilizare. Cheltuielile de deplasare, respectiv de cazare și transport fac obiectul unei facturi fiscale și vor fi suportate de către solicitant;
- Tarifele se indexează anual, până la data de 31 ianuarie, cu rata medie a inflației din anul anterior.

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 / AVIZ DE UTILIZARE

aparate de electrochirurgie cu curenți de înaltă frecvență, ecografe, incubatoare, defibrilatoare, sterilizatoare cu abur, aparate de hemodializă, aparate de anestezie și/sau de ventilație, electrocardiografe și monitoare

Nr. crt.	Denumire dispozitiv medical	Tip / Model	Firma / Țara producătoare	Seria / An fabricație
01				
02				
03				
04				
05				

După înregistrarea formularului de plată tarif la Registratura ANMDMR, se transmit pe adresa de email **dtl@anm.ro** sau

prin accesarea platformei ANMDMR la următorul link: **https://www.anm.ro/upload/** următoarele documente:

01	Documente de funcționare ale societății (după caz: Autorizația de funcționare/ Autorizația sanitară de funcționare/ Certificat de înregistrare)
02	Poza etichetei dispozitivului medical și 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.

Persoana responsabilă cu evidența dispozitivelor medicale:

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