

**FORMULAR PENTRU PLATA TARIFULUI-
EVALUARE DOSAR DE NOTIFICARE DISPOZITIVE MEDICALE FABRICATE ȘI
UTILIZATE ÎN CADRUL UNITĂȚILOR SANITARE PUBLICE SAU PRIVATE /
EVALUARE DOSAR DE NOTIFICARE A UNEI MODIFICĂRI DE DISPOZITIVE
MEDICALE FABRICATE ȘI
UTILIZATE ÎN CADRUL UNITĂȚILOR SANITARE PUBLICE SAU PRIVATE**

Nr. crt.	Denumire dispozitiv medical
1.	

Tip cerere / solicitare	Tarif conform OMS 3467 / 2022 indexat în anul 2026	Suma de plată (LEI)
Evaluare dosar de notificare dispozitive medicale fabricate și utilizate în cadrul unităților sanitare publice sau private (pe produs) <input type="checkbox"/>	Anexa 1 – Pct. 1.8.	1.638
Evaluare dosar de notificare a unei modificări de dispozitive medicale fabricate și utilizate în cadrul unităților sanitare publice sau private <input type="checkbox"/>	Anexa 1 – Pct. 1.9.	438

Solicitant (firmă plătitoare):	
Nume:	
Adresa completă:	
Telefon:	
Fax:	
E-mail:	
Cont IBAN:	
Banca:	
Nr. înreg. la Reg. Comerțului:	
Cod fiscal:	

Persoana de contact:	
Nume și prenume:	
Mobil:	
E-mail:	

Formularul completat se poate depune fizic la sediul ANMDMR din **Strada Aviator Major Ștefan Sănătescu 48, Sector 1, 011478, București**, sau electronic la adresa de email: **registratura@anm.ro**

Semnatarii își asumă răspunderea că datele din prezentul formular sunt corecte.

Data

Numele, semnătura