

**FORMULAR  
PENTRU PLATA TARIFULUI – DESEMNARE/MONITORIZARE  
ORGANISM DE EVALUARE A CONFORMITĂȚII  
DISPOZITIVELOR MEDICALE**

| Tip cerere / solicitare   | Tarif conform OMS<br>3467 / 2022 | Suma de plată<br>(LEI/RON) |
|---|----------------------------------|----------------------------|
| Desemnare organism de evaluare a conformității dispozitivelor medicale: analiză cerere/documentație solicitant organism și evaluare/desemnare /notificare organism <input type="checkbox"/> | Anexa 1 – Pct. 2.1.              | 40.800                     |
| Extindere domeniului organism notificat <input type="checkbox"/>  | Anexa 1 – Pct. 2.2.              | 24.970                     |
| Supraveghere organism notificat (monitorizare anuală) <input type="checkbox"/>  | Anexa 1 – Pct. 2.3.              | 24.150                     |

**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:          |  |

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

Data .....

Numele, semnătura, ștampila