Denumire unitate tehnico-medicala evaluata**:……………………..**

CUI**………………………**

Nr. inregistrare Registrul Comertului**……………………………………..**

Adresa sediu social *(adresa trebuie redactata identic cu inregistrarea la Registrul Comertului)***……………………………………..**

Telefon**…….**fax**……**mail**……**

**Nr……./ .. .. ..** (zi.luna.an)

**LISTA CU PERSONALUL DE SPECIALITATE**

Subsemnata/Subsemnatul, **………..** *(nume si prenume redactat cu majuscule)*, in calitate de reprezentant legal al UTM evaluate**………….***(redactat cu majuscule*), cunoscand prevederile legii pribind falsul in declaratii, declar ca personalul de specialitate de la punctul de lucru situat la adresa *(adresa trebuie redactata identic cu inregistrarea la Registrul Comertului)***…………….** si care efectueaza activitatea de **…………..** este:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr.crt. | Nume si prenume angajat | Calificarea | Functia | Programul de lucru | |
| Ziua | Interval orar |
|  |  |  |  | *Exemplu*  *Luni – Vineri*  *Sau*  *In fiecare zi de miercuri* | *Exemplu*  *8,00 – 16,00*  *Sau*  *10,00-18,00* |

Mentionez ca persoana de contact din cadrul firmei firmei responsabila de conformitatea cu reglementarile pentru dispozitive medicale este:**……….** *(nume si prenume redactat cu majuscule)*.

Reprezentant legal al**……………**.

*(nume si prenume, semnatura)*

***NOTA:***

* *Pentru fiecare adresa de evaluat se completeaza cate o lista cu personalul de specialitate*
* *Daca la aceeasi adresa se desfasoara doua sau mai multe activitati, se va completa cate o lista pentru fiecare personal de aceeasi specialitate*
* *Pentru activitatea de reparare, mentenanta si punere in functiune/instalare dispozitive medicale, se va adauga, pentru fiecare angajat, categoria si/sau grupa de dispozitive* *medicale pentru care este desemnat, in conformitate cu atributiile prevazute in fisa postului.*
* *Programul de lucru se completeaza pentru actitatea de optica medicala si protezare.*