

**Catre:** ANMDMR – DIRECTIA GENERALA DISPOZITIVE MEDICALE-DIRECTIA TEHNIC LABORATOARE-SERVICIUL INCERCARI SI VERIFICARI

**Adresa:** Str. Av. Sanatescu nr. 48, sector 1, Bucuresti; tel.: +40-21 3171102/3171115; fax: +40-213163497/031 8057454

**Punct de lucru:** Bd. N. Titulescu nr. 58, sector 1, Bucuresti; tel.: +40-21 2228652/ 2600158/ 2600159; fax: +40-21 2228683

**CERERE PENTRU EMITEREA BULETINULUI DE VERIFICARE PERIODICA A DISPOZITIVELOR MEDICALE  
DIN DOTAREA MIJLOACELOR DE INTERVENȚIE PENTRU ASISTENȚĂ MEDICALĂ DE URGENȚĂ PRESPITALICEASCĂ**

**1. SOLICITANT**

Denumire:	
Adresa completa / tel. - fax , e-mail	
CUI, nr. Inreg. Registrul Comertului, cont IBAN:	

**2. BENEFICIAR**

Denumirea unitatii sanitare:	
Adresa completa / tel. - fax , e-mail	

**3. DISPOZITIVE MEDICALE**

Nr. crt.	Marca M.I.A.M.U.P.	Nr. de identificare M.I.A.M.U.P. (serie sasiu)	Nr. de inmatriculare M.I.A.M.U.P.	Incadrare M.I.A.M.U.P. conform Ordinului 1.092/2006	Denumire dispozitive medicale (in functie de tipul M.I.A.M.U.P. conform Ordinului 2.219/2022: Defibrilator, Ventilator pulmonar, ECG, Monitor functii vitale, Incubator de transport – dupa caz)	Tip/Model D.M.	Firma/ Tara producatoare D.M.	Seria/ An fabricatie D.M.
1								
2								
...								

**4. DOCUMENTE ANEXATE**

Nr. crt.	Document
1	Documente de functionare ale societatii, din care sa rezulte ca aceasta este autorizata sa desfasoare activitati referitoare la sanatatea umana: (autorizatie sanitara de functionare).
2	Avizele/buletinele de verificare periodica/rapoartele negative de incercari emise anterior.
3	Ultimele buletine de verificare tehnică, emise de un operator economic avizat care desfășoară activitati de mentenanță D.M. - dupa caz (sunt necesare exclusiv in cazul D.M. care sunt prevazute in Anexa 1 din Ord. 2.219/2022 la punctele 10 si 11, respectiv ventilator pulmonar, ECG, monitor functii vitale). In cazul D.M. carora li s-au emis rapoarte negative de incercari verificarea tehnica periodica este obligatorie.

**Legenda:**

M.I.A.M.U.P. – mijloc de intervenție pentru asistență medicală de urgență prespitalicească;

D.M. – dispozitiv medical.

NOTA 1: Toate documentele se anexeaza in copie, cu mentiunea „CONFORM CU ORIGINALUL”.

NOTA 2: Plata activitatilor de verificare tehnica periodica se va face pe baza de factura transmisa pe adresa de e-mail.

NOTA 3: Cererea poate fi anulata si arhivata daca solicitantul nu a completat corect cererea sau nu a depus toate documentele necesare.

NOTA 4: In cazul in care solicitantul nu a depus la dosarul de lucru buletinele de verificare tehnica mentionate la pozitia 3, cererea va fi tarifata conform ordinului ministrului sănătății de aprobare a tarifelor practicate de ANMDMR pentru activitățile din domeniul dispozitivelor medicale.

Numele , prenumele si semnatura reprezentantului legal

.....

Numele, prenumele si semnatura persoanei responsabile cu mentinerea evidentei D.M.

.....

Tel.mobil:..... E-mail:.....

Data: .....