

Nr. inreg. solicitant	
-----------------------	--

**Catre:** ANMDM – DEPARTAMENTUL TEHNIC-LABORATOARE

**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 AVIZULUI DE UTILIZARE A DISPOZITIVELOR MEDICALE

### 1. SOLICITANT

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

### 2. BENEFICIAR

Denumirea unitatii sanitare:	
Adresa completa a locului de utilizare a dispozitivelor medicale / tel. - fax , e-mail	

### 3. DISPOZITIVE MEDICALE

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tip/ Model (D.M.)	Firma/ Tara producatoare (D.M.)	Seria/ An fabricatie (D.M.)
01				
02				
03				
04				
05				

### 4. DOCUMENTE ANEXATE CERERII

Nr. crt.	Document
01	Documente de functionare ale societatii (autorizatia de functionare /autorizatie sanitara de functionare/certificat de inregistrare, dupa caz)
02	Documente de provenienta dispozitive medicale (contract de vanzare-cumparare; contract de comodat-inchiriere; act de donatie; factura – dupa caz)

Legenda:

D.M. – dispozitiv medical

NOTA 1: Documentele mentionate se anexeaza in copie.

NOTA 2: Plata lucrarilor de avizare 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.

Numele , prenumele si semnatura reprezentantului legal

Numele, prenumele si semnatura persoanei responsabile cu mentinerea evidentei DM

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

Data .....