

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 BULETINULUI DE VERIFICARE PERIODICA A DISPOZITIVELOR MEDICALE
DIN DOTAREA UNITATILOR MOBILE DE INTERVENTIE**

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 U.M.I.	Nr. de identificare U.M.I. (serie sasiu)	Nr. de inmatriculare U.M.I.	Tipul U.M.I. conform Ordinului 1092/2006	Denumire dispozitive medicale (in functie de tipul U.M.I.: 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.)
01								
02								
03								
04								

4. DOCUMENTE ANEXATE

Nr. crt.	Document	Se bifeaza, se pot face precizari
01	Documente de functionare ale societatii, din care sa rezulte ca aceasta este autorizata sa desfasoare activitati referitoare la sanatatea umana: (autorizatia de functionare /autorizatie sanitara de functinare/certificat de inregistrare etc.)	
02	Avizele/buletinele de verificare periodica emise anterior.	

Legenda:

U.M.I. – unitate mobila de interventie D.M. – dispozitiv medical

NOTA 1: Documentele mentionate se prezinta in copie.

NOTA 2: Plata lucrarilor de avizare se va face pe baza de factura transmisa pe adresa de e-mail.

Numele , prenumele si semnatura reprezentantului legal

Numele, prenumele si semnatura persoanei responsabile cu mentinerea evidentei DM

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

Data: