

**FORMULAR
PENTRU PLATA TARIFULUI PENTRU
EVALUAREA DOCUMENTAȚIEI ÎN VEDEREA
AVIZĂRII ȘTIINȚIFICE, RESPECTIV A
MODIFICĂRII AVIZULUI ȘTIINȚIFIC AL
SUBSTANȚELOR MEDICAMENTOASE CU
ACȚIUNE AUXILIARĂ DISPOZITIVULUI
MEDICAL**

Denumirea dispozitivului medical

Denumirea substanței/substanțelor medicamentoase cu acțiune auxiliară

Organismul notificat

Nume :	
Adresa :	
Oraș :	
Țara :	
Telefon :	
Fax :	
E-mail :	

Tipul procedurii de avizare/modificarea a avizului științific

Națională :

Menționarea evaluării anterioareNumărul avizului științific inițial
.../data eliberării**Plătitor**

Nume :	
Adresa :	
Oraș :	
Țara :	
Telefon :	
Fax :	
E-mail :	
Cod fiscal	
Număr de Înregistrare la Registrul Comerțului	
Cont IBAN	
Banca	

Propunere a formei de plată

Lei :	
Euro :	

Serviciul tarifat

Avizarea științifică a substanțelor medicamentoase cu acțiune auxiliară dispozitivului medical în cazul substanțelor neevaluate anterior de ANMDM	<input type="checkbox"/>
Avizarea științifică a substanțelor medicamentoase cu acțiune auxiliară dispozitivului medical în cazul substanțelor evaluate anterior de ANMDM cu alt producător	<input type="checkbox"/>
Avizarea științifică a substanțelor medicamentoase cu acțiune auxiliară dispozitivului medical în cazul substanțelor evaluate anterior de ANMDM cu același producător	<input type="checkbox"/>
Modificarea avizului științific al substanțelor medicamentoase cu acțiune auxiliară dispozitivului medical în cazul substanțelor neevaluate anterior de ANMDM	<input type="checkbox"/>
Modificarea avizului științific al substanțelor medicamentoase cu acțiune auxiliară dispozitivului medical în cazul substanțelor evaluate anterior de ANMDM cu alt producător	<input type="checkbox"/>
Modificarea avizului științific al substanțelor medicamentoase cu acțiune auxiliară dispozitivului medical în cazul substanțelor evaluate anterior de ANMDM cu același producător	<input type="checkbox"/>

Date de înregistrare a cererii (Propunător)

Persoana de contact

Nume :	
--------	--

Adresa :	
Oraș :	
Țara :	
Telefon :	
Fax :	
E-mail :	

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

Data.....

Organismul notificat/Persoana de contact
Numele, semnătura, ștampila