

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

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

**CERERE PENTRU EMITEREA AVIZULUI DE UTILIZARE 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 a locului de utilizare a dispozitivelor medicale / tel. - fax , e-mail	

3. DISPOZITIVE MEDICALE

Nr. crt.	Marca U.M.I.	Nr. de identificare U.M.I. (serie)	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 , Injectomat, Aspirator stationar, Aspirator portabil, Incubator de transport– dupa caz)	Tip/ Model (D.M.)	Firma/ Tara producatoare (D.M.)	Seria/ An fabricatie (D.M.)
01								
02								
03								
04								
05								

4. DOCUMENTE ANEXATE

Nr. crt.	Document	Se bifeaza, se pot face precizari
01	Certificat de inregistrare emis de Autoritatea de Sanatate Publica	
02	Certificat de inmatriculare /carte de identitate U.M.I.	
03	Documente de provenienta U.M.I. (contract de vanzare-cumparare U.M.I.; act de donatie; factura – dupa caz)	
04	Documente de provenienta dispozitive medicale (contract de vanzare-cumparare D.M.; act de donatie; factura si garantia D.M.- dupa caz)	

Legenda:

U.M.I. – unitate mobila de interventie

D.M. – dispozitiv medical

NOTA: Documentele mentionate se prezinta in copie.

Plata lucrarilor de avizare se va face pe baza de factura.

Numele , prenumele si semnatura reprezentantului legal

Numele, prenumele si semnatura persoanei responsabile cu mentinerea evidentei DM

Data

tel.mobil:.....