

Catre: ANMDM – DEPARTAMENTUL TEHNIC-LABORATOARE

Adresa: Str.Av.Sanatescu nr. 48, sect. 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 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 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, 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	Certificat de inregistrare emis de Autoritatea de Sanatate Publica (se anexeaza la cerere)	
02	Avizele/buletinele de verificare periodica emise anterior	

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:.....