

Catre: ANMDM – DEPARTAMENTUL TEHNIC-LABORATOARE

Adresa: Str. Av. Sanatescu nr. 48, sector 1, Bucuresti; telefon: +40-21 3171102/3171115; fax: +40-213163497/031 8057454

Punct de lucru: Bd. N. Titulescu nr. 58, sector 1, Bucuresti; telefon: +40-21 2228652/ 2600158/ 2600159; fax: +40-21 2228683

CERERE PENTRU EMITEREA BULETINULUI DE VERIFICARE PERIODICA A DISPOZITIVULUI MEDICAL

1. SOLICITANT / BENEFICIAR

Denumirea unitatii sanitare:	
Adresa completa / tel. – fax / e-mail	
CUI, nr. inreg. Registrul Comertului, cont IBAN:	
Adresa completa a locului de utilizare a dispozitivelor medicale / tel. – fax / e-mail	

2. DISPOZITIVE MEDICALE

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tip / Model	Firma / Tara producatoare	Ultimul document care atesta verificarea tehnica a DM	Seria / An fabricatie	Seria / Anul reconditionarii (daca este cazul)
01						
02						
03						
04						
05						

3. 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)	

Documentele mentionate se prezinta in copie.

Plata lucrarilor de verificare 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:.....