

Catre: ANMDM – UNITATE NUCLEARA

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 AVIZULUI DE UTILIZARE A DISPOZITIVELOR MEDICALE
PENTRU DIAGNOSTIC SI TRATAMENT PRIN RADIATII IONIZANTE, MEDICINA NUCLEARA SI RMN**

1. SOLICITANT

Denumire:	
Adresa completa / tel. - fax , e-mail	
CUI, Nr.Reg. Comertului, cont IBAN	

2. BENEFICIAR

Denumirea unitatii sanitare:	
Adresa completa a locului de utilizare a dispozitivelor medicale / tel. - fax	

3. DISPOZITIVE MEDICALE *

Nr. Crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tip / Model	Firma / Tara producatoare	Seria / An fabricatie
01				
02				
03				
04				
05				

4. DOCUMENTE ANEXATE

Nr. crt.	Document	Nr.de pagini
01	Autorizație sanitara de funcționare, valabila, emisa de Direcția de Sanatate Publica pentru locul de utilizare al dispozitivelor medicale;	
02	Autorizație de amplasare și construcție, emisă de CNCAN (toate filele, daca este cazul)	
03	Documente care dovedesc proveniența aparatului	
04	Buletin de verificare tehnică după montare, emis de o unitate de service avizată de Ministerul Sănătății și autorizată de CNCAN (toate filele, daca este cazul)	
05	Procedurile indicate de producător pentru verificarea îndeplinirii setului de criterii de acceptanță.	

NOTA: Documentele mentionate se prezinta in copie.

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

In cazul neefectuării lucrării din vina solicitantului, nu se returnează mai mult de 90% din valoarea achitată.

Data

Numele, prenumele si semnatura
reprezentantului legal

Numele, prenumele si semnatura persoanei
responsabile cu mentinerea evidentei DM

Tel.mobil:.....