

FORMULAR PLATĂ TARIF ÎNCERCĂRI DISPOZITIVE MEDICALE
de rontgendiagnostic, de tratament prin radiații ionizante, de medicină nucleară, de rezonanță magnetică
EMITERE AVIZ DE UTILIZARE

Poziția OMS 3467/2022 Indexat în anul 2025	Încercări dispozitive medicale	Cuquantum Tarif Indexat LEI / DM	Număr DM	Suma de plată
6.1	Încercări de electrosecuritate pentru dispozitive electromedicale, inclusiv cele conexe dispozitivelor medicale generatoare de radiații	291		
6.4	Încercări conform criteriilor de acceptabilitate ale Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare (CNCAN) pentru: Rx fix post grafie, Rx fix post scopie-grafie, Rx fix două posturi, Rx mobil grafie, Rx mobil scopie-grafie cu brat C (inclusiv litotriptor), Rx mamografie, Rx Angiograf*), Rx dentar panoramic*), Osteodensitometru*), Simulator de iradiere în terapie*)	1166		
6.5	Încercări conform criteriilor de acceptabilitate ale CNCAN pentru: Aparat de radiografie dentară intraorală*), Dispozitive medicale de medicină nucleară*)	932		
6.6	Încercări conform criteriilor de acceptabilitate ale CNCAN pentru: Computer tomograf*), Echipament rezonanță magnetică nucleară*), Simulator computer tomograf*), Echipamente pentru imagistică direct digitală*), Accelerator liniar*), Cobaltron*), Echipament brahiterapie HDR*), Echipament brahiterapie cu debit de doză redus*), Iradiator*)	1749		
6.9	Verificări pentru autorizare/reautorizare CNCAN	30% din tariful de bază		
6.10	Evaluarea documentației în vederea emiterii avizului de utilizare/buletinului de verificare periodică	58		
6.11	Emiterea sau modificarea avizului de utilizare/buletinului de verificare periodică	23		
6.12	Eliberarea la cererea solicitantului a unui exemplar original al raportului de încercări	46		
		TOTAL		

NOTĂ:

- Acest formular se transmite în format electronic la adresa de e-mail registratura@anm.ro sau în format letric la registratura ANMDMR din București, str. Av. Sănătescu, nr. 48, sector 1;
- Pentru prestarea serviciilor prevăzute la punctele 6.1 ÷ 6.9 este necesară deplasarea la locul de utilizare. Cheltuielile de deplasare, respectiv de cazare și transport, fac obiectul unei facturi fiscale și vor fi suportate de către solicitant;
- Tarifele se indexează anual, până la data de 31 ianuarie, cu rata medie a inflației din anul anterior.

Solicitant / Beneficiar:

Denumirea Unității sanitare:	
Adresa sediului:	
Adresa locului de utilizare a DM:	
Telefon / Fax / E-mail:	
Cont IBAN / Banca:	
Nr. înreg. la Reg. Comerțului / Cod fiscal:	

Data

Nume, prenume și semnătura reprezentantului legal

CERERE EMITERE AVIZ DE UTILIZARE

dispozitive medicale de rontgendiagnostic, de tratament prin radiații ionizante, de medicină nucleară, de rezonanță magnetică

Nr. crt.	Denumire dispozitiv medical	Tip / Model	Firma / Țara producătoare	Seria / An fabricație
01				
02				
03				
04				
05				

După înregistrarea formularului de plată tarif la Registratura ANMDMR, se transmit pe adresa de email dtl@anm.ro sau prin accesarea platformei ANMDMR la următorului link: <https://www.anm.ro/upload/> următoarele documente:

01	Autorizație sanitară /Aviz sanitar, emis de Direcția de Sănătate Publică/ Laboratorul de Igiena Radiațiilor Ionizante pentru locul de utilizare al dispozitivelor medicale
02	Autorizație de amplasare și construcție, după caz, și Autorizație de deținere / Autorizație furnizare emisă de CNCAN
03	Documente care dovedesc proveniența dispozitivelor medicale
04	Buletin de verificare tehnică, după instalare, emis de un operator economic avizat de ANMDMR și autorizat de CNCAN
05	Procedurile indicate de producător pentru verificarea îndeplinirii setului de criterii de acceptanță.

Persoana cu evidența dispozitivelor medicale:

Nume și prenume, semnătură:	
Mobil / E-mail:	