|  |
| --- |
| **FORMULAR PLATĂ TARIF INCERCĂRI DISPOZITIVE MEDICALE**aparate de electrochirurgie cu curenţi de înaltă frecvenţă, ecografe, incubatoare, defibrilatoare, sterilizatoare cu abur, aparate de hemodializă, aparate de anestezie şi/sau de ventilaţie, electrocardiografe şi monitoare**EMITERE BULETIN DE VERIFICARE PERIODICĂ / AVIZ DE UTILIZARE**  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pozitia OMS 3467/2022****Indexat în anul 2025** | **Încercări dispozitive medicale** | **Cuantum Tarif****Indexat****LEI / DM** | **Număr DM** | **Suma de plata** |
| 6.1 | Încercări de electrosecuritate pentru dispozitive electromedicale, inclusiv cele conexe dispozitivelor medicale generatoare de radiații  | 291 |  |  |
| 6.2 | Încercări de performanțe pentru dispozitive electromedicale, inclusiv cele conexe dispozitivelor medicale generatoare de radiații  | 210 |  |  |
| 6.3 | Încercări de performanțe pentru dispozitive medicale neelectrice | 116 |  |  |
| 6.10 | Evaluarea documentației în vederea emiterii 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:**1. **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, București;**
2. **Pentru prestarea serviciilor prevăzute la pct. 6.1 - 6.3 este necesară deplasarea la locul de utilizare. Cheltuielile de deplasare, respectiv de cazare şi transport fac obiectul unei facturi fiscale și vor fi suportate de către solicitant;**
3. **Tarifele se indexează anual, până la data de 31 ianuarie, cu rata medie a inflaţiei 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. Comerţului / Cod fiscal: |  |

Data ……………………………

Nume, prenume și semnătura reprezentantului legal

|  |
| --- |
| **CERERE EMITERE BULETIN DE VERIFICARE PERIODICĂ / AVIZ DE UTILIZARE**aparate de electrochirurgie cu curenţi de înaltă frecvenţă, ecografe, incubatoare, defibrilatoare, sterilizatoare cu abur, aparate de hemodializă, aparate de anestezie şi/sau de ventilaţie, electrocardiografe şi monitoare |
| **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/**](https://www.anm.ro/upload/) **următoarele documente:** |
| 01 | Documente de funcționare ale societății (după caz: Autorizația de funcționare/ Autorizația sanitară de funcționare/ Certificat de înregistrare) |
| 02 | Poza etichetei dispozitivului medical și buletinul de verificare tehnică emis de un operator economic avizat de ANMDMR pentru sterilizatoare cu abur, aparate de hemodializă, aparate de anestezie şi/sau de ventilaţie, electrocardiografe şi monitoare. |

|  |
| --- |
| **Persoana responsabilă cu evidența dispozitivelor medicale:**  |
| Nume și prenume, semnatură: |  |
| Mobil, E-mail: |  |