

**FORMULAR PENTRU PLATA TARIFULUI – EMITERE  
CERTIFICAT DE ÎNREGISTRARE DISPOZITIVE MEDICALE ÎN  
BAZA NAȚIONALĂ DE DATE/ ÎNREGISTRARE MODIFICARE  
INFORMAȚII DIN BAZA DE DATE CU DISPOZITIVE MEDICALE**

**Denumire dispozitiv medical, producător, reprezentant autorizat**

Nr. crt.	Denumire dispozitiv medical	Producător dispozitiv medical	Reprezentant autorizat al producătorului dispozitivului medical
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Tip cerere / solicitare	Tarif conform OMS 3467 / 2022 indexat în anul 2025	Suma de plată (LEI)
Emitere certificat de înregistrare dispozitive medicale în baza națională de date (maxim 5 produse) <input type="checkbox"/>	Anexa 1 – Pct. 1.7.	1.527
Înregistrare modificare informații din baza de date cu dispozitive medicale (maximum 5 articole) <input type="checkbox"/>	Anexa 1 – Pct. 1.10.	408

**Solicitant (firmă plătitoare):**

Producător       Reprezentant Autorizat

Nume:

Adresa completă:

Telefon:

Fax:

E-mail:

Cont IBAN:

Banca:

Nr. înreg. la Reg. Comerțului:

Cod fiscal:

<b>Persoana de contact:</b>	
Nume și prenume:	
Mobil:	
E-mail:	

Formularul completat se poate depune fizic la sediul ANMDMR din **Strada Aviator Major Ștefan Sănătescu 48, Sector 1, 011478, București**, sau electronic la adresa de email: **registratura@anm.ro**

Semnatarii își asumă răspunderea că datele din prezentul formular sunt corecte.

Data .....

Numele, semnătura