

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ MARAMUREȘ
Baia Mare Str. Victoriei nr. 132; Tel.0262-275619; Fax.0262-275898

Către.

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ
A JUDEȚULUI MARAMUREȘ

Subsemnatul _____ domiciliat în _____
strada _____ nr _____ telefon _____
jud. _____ posesor al actului de identitate _____ seria _____ nr _____
eliberat de _____
reprezentant legal al _____ în calitate de _____
cu sediul în localitatea _____ str. _____ nr. _____
constituit legal prin actul normativ _____

Va rog să binevoiți să-mi aprobați eliberarea **VIZEI SANITARE** pe autorizația
sanitară de utilizare-funcționare pentru obiectivul _____
situat în localitatea _____
str. _____ nr. _____ dotat cu următorul tip de instalație
radiologică _____
seria nr. _____ din anul _____ având parametrii maximi _____ kV și
_____ mA, produsă de _____ utilizată pentru activitățile/practicile
_____ având autorizația CNCAN
nr. _____, care intră în vigoare _____, expiră la _____

Alăturat anexez următoarele:

1. Autorizația sanitară în original.
2. Dovada de achitare a tarifului de viza sanitară (200 ron Rx dentar, 300 ron celelalte Rx-uri, 500 radioterapie) și a taxei de dozimetrie (150 ron /aparatură Rx dentar, 200 ron/aparatură celelalte Rx-uri, 300 ron/aparatură radioterapie) în contul DSP Maramureș

Data _____

Semnatura _____

Documentația se va depune într-un dosar cu sine

Stampila unității.