טופס בקשת הבעלים לאישור מינוי רוקח אחראי

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| פניה לרוקחות מחוזית: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| לסיוע מציאת הלשכה המחוזית אליה אתה שייך, יש ללחוץ על הקישור הבא:  <http://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/MTI/Drugs/Regional_Pharmacist/Documents/regional_bureaus.pdf> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| סוג הבקשה: | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **הנחיות**   * קהל היעד של הטופס הוא בעלי בתי מרקחת/חדרי תרופות/בתי מסחר לתרופות/מפעלי תרופות. * הגשת הבקשה הינה בהתאם לסעיף 1 או 10א או 36 לפקודת הרוקחים ובהתאם לנוהל אישור רוקח אחראי מספר 16. * יש למלא את הטופס כאשר השדות המסומנים בכוכבית אדומה הינם חובה למילוי. * בקשה שאינה מלאה ו/או שאינה מכילה את כל המסמכים הנדרשים – לא תטופל. * האישור המבוקש יינתן על ידי הרוקחות המחוזית במשרד הבריאות. * בשאלות מקצועיות ובירור מצב הבקשה ניתן לפנות למוקד קול הבריאות בטלפון 5400\*. * טופס זה נכתב בלשון זכר, אך מתייחס לשני המינים כאחד. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **פרטי היחידה הרוקחית** | | | | | | | | | | | | | | | | | \*סוג היחידה: | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | \*שם היחידה: | |  | | | | | | | \*ישוב: | |  | | | | | | \*רחוב: |  | | | | | מספר בית: | |  | | | | | \*מיקוד: | |  | | הערות לכתובת: | | |  | | | | | | | | | | | | | | \*טלפון: |  | | | \*פקס: | |  | | | | דוא"ל: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **פרטי המבקש** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*שם פרטי: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | \*שם משפחה: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | \*תעודת זהות: | | | | | |  | | |
| \*טלפון נייד: | | | | |  | | | | | | | | | | | \*תפקיד: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | \*דוא"ל: | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **פרטי התאגיד/ארגון/רשות** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*שם התאגיד/ארגון/רשות: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | מספר ח.פ.: | | | | |  | | | | | | | | \*ישוב: | | | |  | |
| \*רחוב: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | מספר בית: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | \*מיקוד: | | | | |  | | | | |
| הערות לכתובת: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*טלפון: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \*פקס: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **פרטי הרוקח המיועד** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*שם פרטי: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \*שם משפחה: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| \*סוג רישיון: | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | \*מספר רישיון: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | \*מיום: | | | | | ‏ | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | |
| **פרטי ההעסקה** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **מועד התחלת התפקיד** (במקרה של בקשה חדשה): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ‏ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*שעות פעילות בית המרקחת אל מול שעות ההעסקה של הרוקח: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| יום | | | | | | | | | שעות פעילות בית המרקחת | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | שעות ההעסקה של הרוקח/ת | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | מ- | | | | | | | | | | | | | | עד- | | | | | | | | | | | | מ- | | | | | | | | | | עד- | | | |
| ראשון | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | |
| שני | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | |
| שלישי | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | |
| רביעי | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | |
| חמישי | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | |
| שישי | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | |
| שבת | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | |
| \*סך כל שעות העסקת הרוקח האחראי: | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*אני מצהיר בזאת שכל הפרטים שמסרתי נכונים ושידוע לי כי אם יתברר שאינם נכונים, אני צפוי לעונש בהתאם לחוק. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ‏ | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | |  |
|  | תאריך | | | | | | |  | | | שם המבקש | | | | | | | | | | |  | | | | חתימה | | | | | | | | |  | | | חותמת התאגיד/בית המרקחת | | | | | | | | | |  |
| רשימת המסמכים המצורפים:  \*בקשת הרוקח המועמד לכהן כרוקח אחראי לרבות כל המסמכים שיש לצרפם לבקשה.  \*צילום רישיון העסק – (לא חל על קופות החולים) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| את הטופס המלא יש להעביר לרוקחות המחוזית המתאימה (ראה לעיל) בפקס, דואר או דוא"ל | | | |
| **מחוז** | **פקס** | **כתובת דואר** | **דואר אלקטרוני** |
| צפון | 04-6557886 | רחוב המלאכה 3, בניין לב העסקים  נצרת עילית 17000 | [Pharmacy@zafon.health.gov.il](mailto:Pharmacy@zafon.health.gov.il) |
| חיפה | 04-8619852 | רח' הפרסים 15 חיפה ת.ד 232 | [rochut@lbhaifa.health.gov.il](mailto:rochut@lbhaifa.health.gov.il) |
| תל אביב | 1533-5634869 | רחוב הארבעה 12, תל אביב 61203 | [rokchut@telaviv.health.gov.il](mailto:rokchut@telaviv.health.gov.il) |
| מרכז | 08-9214936 | רחוב הרצל 91 רמלה | [pharmacy@lbm.health.gov.il](mailto:pharmacy@lbm.health.gov.il) |
| ירושלים | 02-6233026 | רחוב יפו 157 ירושלים 94342 | [rokchut@LBJR.HEALTH.GOV.IL](mailto:rokchut@LBJR.HEALTH.GOV.IL) |
| אשקלון | 02-6233026 | רחוב יפו 157 ירושלים 94342 | [rokchut@LBJR.HEALTH.GOV.IL](mailto:rokchut@LBJR.HEALTH.GOV.IL) |
| דרום | 08-6263460 08-6263587 | רחוב התקווה 4, קריית הממשלה , ת.ד. 10050, באר שבע | [lbsh.pharmacy@MOH.HEALTH.GOV.IL](mailto:lbsh.pharmacy@MOH.HEALTH.GOV.IL) |