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 העסקיםנצרת עילית 17000 | Pharmacy@zafon.health.gov.il |
| חיפה | 04-8619852 | רח' הפרסים 15 חיפה ת.ד 232 | rochut@lbhaifa.health.gov.il |
| תל אביב | 1533-5634869 | רחוב הארבעה 12, תל אביב 61203 | rokchut@telaviv.health.gov.il |
| מרכז | 08-9214936 | רחוב הרצל 91 רמלה | pharmacy@lbm.health.gov.il |
| ירושלים | 02-6233026 | רחוב יפו 157 ירושלים 94342 | rokchut@LBJR.HEALTH.GOV.IL |
| אשקלון | 02-6233026 | רחוב יפו 157 ירושלים 94342 | rokchut@LBJR.HEALTH.GOV.IL |
| דרום | 08-626346008-6263587 | רחוב התקווה 4, קריית הממשלה , ת.ד. 10050, באר שבע | lbsh.pharmacy@MOH.HEALTH.GOV.IL |