**לכבוד: הרוקחת המחוזית, לשכת הבריאות מחוז ת"א, רח' הארבעה 12 ת"א 61203**

 **טל.03-5634709, פקס:03-5611532**

**בקשה לקבלת אישור רוקח/ת אחראי/ת לבית מסחר לתרופות\***

 \*כהגדרתו בפקודת הרוקחים [נוסח חדש] בתשמ"א 1981

1. אני \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ הח"מ, בעלים/נציג מוסמך של התאגיד/ארגון/רשות *(מחק את המיותר)*

 (מען התאגיד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טל:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ פקס:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 מבקש לאשר את הרוקח/ת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ רישיון זמני/קבוע *(מחק את המיותר) מס' \_\_\_\_\_\_\_*

 מיום \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ כרוקח/ת אחראי/ת ב:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 בכתובת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_מס' טלפון \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_מס' פקס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. הרוקח/ מיועד/ת להתחיל בתפקידו/ה ביום \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

3. רצ"ב המסמכים הבאים :

 3.1 **בקשת הרוקח/ת המועמד/ת** **לכהן כרוקח/ת אחראי/ת**  (עפ"י הטופס הרצ"ב)

 3.2  **קורות חיים של הרוקח/ת המועמד/ת** (עפ"י הטופס הרצ"ב)

הערה: בקשה שאינה מלאה ו/או שאינה מכילה את
 כל המסמכים הנדרשים - לא תטופל

3.3  **צילום הרישיון הקבוע של הרוקח/ת**

3.4 **צילום תעודת הזהות של הרוקח/ת + ספח**

3.5 **תמונה עדכנית של הרוקח/ת**

4. בנוסף, רצ"ב אלו (יש לסמן ב- X) :

❒ צילום הרישיון הזמני – במידה והרישיון הקבוע הוצא במהלך השנתיים האחרונות.

❒ צילום אישור רוקח/ת אחראי/ת – אם כיהן/ה בתפקיד זה בעבר.

❒ צילום רישיון העסק (לא חל על קופות החולים)

5. אלה שעות ההעסקה של הרוקח/ת אל מול שעות פתיחת האתר:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **יום** | **שעות פעילות האתר** **מ\_\_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_** | **שעות עבודת הרוקח/ת** **מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_** |
| א |  |  |
| ב |  |  |
| ג |  |  |
| ד |  |  |
| ה |  |  |
| ו |  |  |

 סה"כ : \_\_\_\_\_\_\_שעות עבודת הרוקח/ת האחראי/ת

תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חותמת התאגיד / ארגון/רשות: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

טופס בקשת הבעלים לקבלת אישור רוקח אחראיDoc.