טופס הודעה על מינוי אחראי למכירת תכשיר ללא מרשם

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| פניה לרוקחות מחוזית: | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| לסיוע מציאת הלשכה אליה אתה שייך, יש ללחוץ על הקישור הבא:  <http://www.health.gov.il/UNITSOFFICE/LB/Pages/default.aspx> (איתור לשכה לפי יישוב)  **הנחיות**   * טופס זה משמש להודעה לרוקח המחוזי על מינוי אחראי למכירת תכשירים בלא מרשם שלא בבית מרקחת או שלא בידי רוקח, בעסק (שאינו בית מרקחת) שקיבל אישור למכירת תכשירים בלא מרשם. * קהל היעד של הטופס הם בעלי העסקים (שאינם בתי מרקחת) המעוניינים למנות אחראי למכירת תכשירים בלא מרשם. * ההודעה הינה בהתאם לתקנה 2 (ב) (3) לתקנות הרוקחים (מכירה של תכשיר בלא מרשם שלא בבית מרקחת או שלא בידי רוקח), התשס"ה – 2004. * ההודעה הינה נספח ל"תדריך והנחיות למבקש אישור למכירת תכשירים בלא מרשם לשיווק כללי בעסק שאינו בית מרקחת". * יש למלא את הטופס כאשר השדות המסומנים בכוכבית אדומה הינם חובה למילוי. * בקשה שאינה מלאה ו/או אינה מכילה את כל המסמכים הנדרשים – לא תטופל. * האישור המבוקש יינתן על ידי הרוקחות המחוזית במשרד הבריאות. * בשאלות מקצועיות ובירור מצב הדיווח ניתן לפנות למוקד קול הבריאות בטלפון 5400\*. * טופס זה נכתב בלשון זכר, אך מתייחס לשני המינים כאחד. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **פרטי האחראי** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| הנני מודיע על מינוי | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*שם פרטי: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | \*שם משפחה: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | \*תעודת זהות: | | | | | |  | | |
| לפעול כאחראי לעניין ביצוע הוראות התקנות ולהלן פרטיו: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*ישוב: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \*רחוב: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| מספר בית: | | | | |  | | | | | | | | | | | מספר דירה: | | | |  | | | | | | | \*מיקוד: | | | | | |  | | | | | | תא דואר: | | | | | |  | |
| הערות לכתובת: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*טלפון בעבודה: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | \*טלפון במקרה חירום: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| \*כתובת דוא"ל: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ימים ושעות עבודה** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | **ימים** | | | | | | **משעה** | | | | | | | | | | | **עד שעה** | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| ראשון | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| שני | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| שלישי | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| רביעי | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| חמישי | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| שישי | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| שבת | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| סך הכל שעות בשבוע: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ממלא המקום בהיעדר האחראי** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*שם פרטי: | | | | | |  | | | | | | | | | | | \*שם משפחה: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | \*תעודת זהות: | | | | | |  | | | |
| **פרטי העסק** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*שם העסק: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | \*מספר רישיון: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| \*בתוקף: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*מהות העסק: | | | | | | | | ‏ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \*בעלות העסק: | | | | | | | | |  | | | | | |  |
| פרטי תאגיד לתאגיד בלבד | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*שם התאגיד: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | \*מספר רישום התאגיד: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| \*ישוב: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \*רחוב: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| מספר בית: | | | |  | | | | | | | | | | | מספר דירה: | | | | | |  | | | | | \*מיקוד: | | | | | |  | | | | | | | תא דואר: | | |  | | | | |
| \*טלפון: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \*פקס: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| הערות לכתובת: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*כתובת דוא"ל: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **פרטי בעלי /מנהל העסק (לתאגיד)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*שם פרטי | | | \*שם משפחה | | | | \*תעודת זהות | | \*ישוב | | | | \*רחוב | | \*מספר בית | | | \*מספר דירה | | | \*מיקוד | | \*תא דואר | \*טלפון | | | \*טלפון לחירום | | | \*דוא"ל | |
|  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **פרטי המנהל במקום (לתאגיד)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*שם פרטי: | |  | | | | \*שם משפחה: | | | |  | | | | \*תעודת זהות: | |  | | | \*טלפון: | | |  | | | \*טלפון במקרה חירום: | | | |  | | |
| * יש לצרף צילום רישיון העסק | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | |
|  | | | | תאריך | | | | | | |  | | | | | | חתימה | | | |  | | | חותמת העסק | | | |  | | | |
| את הטופס המלא יש להעביר לרוקחות המחוזית המתאימה (ראה לעיל) בפקס, דואר או דוא"ל | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **מחוז** | | **פקס** | | | **כתובת דואר פיזי** | | | | | | | | | | | | | | | **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 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| תל אביב | | 03-5611532 | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| לשימוש המשרד בלבד | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| הנני לאשר קבלת הודעת המינוי | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  |
|  | בתאריך | | | | | | |  | | | | חתימת הרוקח המחוזי | | | | | | | | | | |  | | | חותמת | | | | |  |