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 |
| 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 |
| 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 |  |
| לשימוש המשרד בלבד |
| הנני לאשר קבלת הודעת המינוי |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | בתאריך |  | חתימת הרוקח המחוזי |  | חותמת |  |