



טופס בקשת בית מרקחת לאישור פיקוח על מבקשים ברוקחות בעלי ניסיון ותואר מחו"ל  
( על-פי תקנות הרוקחים (תנאים למתן רישיון), תשע"ח-2017 )

פנייה 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](http://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/MTI/Drugs/Regional Pharmacist/Documents/regional_bureaus.pdf)

**הנחיות**

- מטרת הטופס לשרת את בתי המרקחת המבקשים אישור לפקח על מבקשים שהינם בעלי ניסיון ותואר מחו"ל.
- הטופס מיועד לרוקחים האחראיים בבתי-המרקחת.
- 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 וביורור מצב הבקשה ניתן לפנות למוקד קול הבריאות בטלפון \*5400.
- טופס זה נכתב בלשון זכר, אך מתייחס לשני המינים כאחד.

**\* הבקשה עבור שנת:**

שם וכתובת בית המרקחת	
<b>* שם בית המרקחת:</b>	
<b>* יישוב:</b>	
<b>* מספר בית:</b>	<b>* מיקוד:</b> תא הדואר:
<b>* טלפון:</b>	
<b>* הערות לכתובת:</b>	
<b>* כתובת דוא"ל:</b>	

<b>פרטי הרוקח האחראי:</b>	
<b>* שם פרטי:</b>	<b>* שם משפחה:</b>
<b>* מספר רישיון:</b>	<b>* מאושר כרוקח אחראי החל מיום:</b>

השתלמויות הרוקח האחראי ב-3 השנים האחרונות		
<b>* נושא השתלמות</b>	<b>* מספר שעות</b>	<b>* המוסד המארגן</b>

400019418  
עמוד 1 מתוך 4

Tel: \* 5400

call.habriut@moh.health.gov.il



טל: \*5400



פרטי סגל בית המרקחת:							
*תפקיד	*שם פרטי	*שם משפחה	*תואר	*האוניברסיטה	*מספר רישיון	*וותק במקצוע	*היקף המשרה

שעות פעילות בית המרקחת:					
*סוג פעילות <input type="checkbox"/> רצוף    משעה:    עד שעה:					
<input type="checkbox"/> מפוצל:					
יום ראשון		בוקר		אחר צהרים וערב	
שני		משעה		עד שעה	
שלישי					
רביעי					
חמישי					
שישי					
שבת					

רוקחים ועוזרי רוקחים במשמרת: \* בכל משמרת מועסקים לפחות ..... רוקחים: \* עוזרי רוקחים: .....

הספרות המקצועית הקיימת בבית מרקחת:		
סוג	* שם הספר/כתב העת/מאגר מידע	* מספר מהדורה/שנת הוצאה





רקחת תכשירים בבית מרקחת:		
*רקחת תכשירים <input type="checkbox"/> בית המרקחת אינו עוסק ברקחה. <input type="checkbox"/> בבית המרקחת בממוצע מידי חודש:		
משחות קרמים:	נוזלים:	כמוסות:
פתילות:	טיפות עיניים:	זריקות:
אחר (פרט):		
סך הכול:		

ביקורת משרד הבריאות:	
* הביקורת האחרונה שערך משרד הבריאות בבית המרקחת נערכה בתאריך:	

התחייבות:	
<input type="checkbox"/> הנני, הרוקח האחראי, מתחייב כי אנחה את הרוקחות שבפיקוח ובהעדרי תהייה ההנחיה בידי רוקח מנוסה אחר מבין הרוקחים המפורטים לעיל, שיש לו לפחות 5 שנות ניסיון מקצועי ברציפות. <input type="checkbox"/> המתמחה ברוקחות יועסק במשמרת היום העיקרית הכוללת את שעות הבוקר.	

חתימה וחותמת רוקח אחראי

תאריך

מחוז	פקסימיליה	כתובת	דואר אלקטרוני
צפון	04-6557886	רחוב המלאכה 3 בנין לב העסקים ת.ד. 744 נצרת עילית 17000	<a href="mailto:Pharmacy@Zafon.health.gov.il">Pharmacy@Zafon.health.gov.il</a>
חיפה	03-7253612	שדרות פליים 15 א' חיפה 3309519 ת.ד. 800 3100702	<a href="mailto:Rochut@lbhaifa.health.gov.il">Rochut@lbhaifa.health.gov.il</a>
תל-אביב	03-5634869	רחוב הארבעה 12 תל-אביב 6120201	<a href="mailto:rokchut@telaviv.health.gov.il">rokchut@telaviv.health.gov.il</a>
מרכז	08-9214936	רחוב הרצל 91 רמלה 7243003	<a href="mailto:Pharmacy@lbn.health.gov.il">Pharmacy@lbn.health.gov.il</a>
ירושלים	02-6233026	רחוב דרך יפו 157 ירושלים 9434249 ת.ד. 6106 ירושלים 9106002	<a href="mailto:rokchut@LBJR.health.gov.il">rokchut@LBJR.health.gov.il</a>
אשקלון	02-6233026	רחוב דרך יפו 157 ירושלים 9434249 ת.ד. 6106 ירושלים 9106002	<a href="mailto:rokchut@LBJR.health.gov.il">rokchut@LBJR.health.gov.il</a>
דרום	08-6263460 08-6263587	רחוב התקווה 4 קריית הממשלה באר-שבע 8480312 ת.ד. 10050 באר-שבע 8400101	<a href="mailto:lbsh.pharmacy@MOH.HEALTH.GOV.IL">lbsh.pharmacy@MOH.HEALTH.GOV.IL</a>



לשימוש המשרד בלבד

אני מאשר/לא מאשר לבית המרקחת להנחות מתמחים ברוקחות

תאריך

חתימה וחותמת רוקח/ת מחוזית/ת

שם הרוקח/ת המחוזית/ת