



טופס אישור עיסוק תחת פיקוח ברוקחות למבקשים בעלי ניסיון ותואר מחו"ל
(על-פי תקנות הרוקחים (תנאים למתן רישיון), תשע"ח-2017)

פניה לרוקחות המחוזית: -----

לסיוע מציאת הלשכה המחוזית אליה אתה שייך יש לחוץ על הקישור הבא:

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

הנחיות:

- טופס זה מאפשר רישום לעבודה בפיקוח של מבקשים בעלי ניסיון ותואר מחו"ל בבית מרקחת מסוים, שניתן את אישורו לכך קודם לכך קודם לכן בטופס "בקשת בית מרקחת לאישור פיקוח על מבקשים בעלי ניסיון ותואר מחו"ל.
- קהל היעד של הטופס הוא המבקשים המיועדים להתחיל את תקופת העיסוק תחת פיקוח שלהם והרוקחים האחרים המאשרים את הבקשה.
- הבקשה תועבר לבית המרקחת, אשר ירפה לבקשתו לאשר את העיסוק בפיקוח בבית-המרקחת.
- יש למלא את הטופס כאשר השדות המסומנים בכוכבית אדומה הינה 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 נכתב בלשון זכר, אך מתייחס לשני המינים כאחד.

פרטי מגיש הבקשה:

* שם פרטי:	* שם משפחה:	* תעודת זהות:
* ישוב:	* רחוב:	
מספר בית:	מספר דירה:	* מיקוד:
		תא דואר:
* טלפון:	טלפון נוסף:	
* כתובת דוא"ל:		
* שם האוניברסיטה:	* שנת סיום הלימודים:	

פרטי ההתמחות:

* שם מקום העיסוק בפיקוח (בבית המרקחת):		
* ישוב:	* רחוב:	
מספר בית:	מספר דירה:	* מיקוד:
		תא דואר:
הערות לכתובת:		
* טלפון:		
העיסוק בפיקוח לתקופה על-פי אישורו של האגף לרישוי מקצועות בריאות	* תאריך התחלה רצוי:	

400040018

עמוד 1 מתוך 2

טל: *5400

Tel: * 5400

call.habriut@moh.health.gov.il





• יש לצרף את המסמך הבא:

□ אישור האגף לרישוי מקצועות רפואיים, משרד הבריאות.

חתימת הרוקח האחראי

תאריך: