טופס בקשה לחוות דעת מקדמית לרישיון עסק

לפי חוק רישוי עסקים, התשכ"ח - 1968

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| פניה 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](https://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/MTI/Drugs/Regional_Pharmacist/Documents/regional_bureaus.pdf)  **הנחיות**   * טופס זה משמש למעוניינים לקבל חוות דעת מקדמית באשר לעמידתם בדרישות ובתנאים הנדרשים לצורך הוצאת רישיון עסק. * קהל היעד של הטופס הוא בעלי העסק. * יש למלא את הטופס כאשר השדות המסומנים בכוכבית אדומה הינם חובה למילוי. * בקשה שאינה מלאה – לא תטופל. * בשאלות מקצועיות ובירור מצב הבקשה ניתן לפנות למוקד קול הבריאות בטלפון 5400\*. * טופס זה נכתב בלשון זכר, אך מתייחס לשני המינים כאחד. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **פרטי הבקשה** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*שם הרשות: | | | | | | | | |  | | | | | | | | \*גוש: | | |  | | | | | | | | | \*חלקה: | | | | | | |  | | | | | | | \*מגרש: | |  | |
| \*מספר תיק הרישוי/בקשה: | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | \*מספר חשבון ארנונה: | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| \*סיבת הבקשה: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **פרטי העסק המוצע** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*שם מסחרי: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \*רחוב: | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| מספר בית: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | מספר דירה: | | | | | |  | | | | | תא דואר: | | | | | |  | | | | | | | \*מיקוד: | |  | | |
| הערות לכתובת: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*טלפון: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \*פקס: | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| מיקום העסק: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
| \*שטח: | | מ"ר | | | | | | | | | | | | \*מספר עובדים: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| הערות: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **מהות העסק המבוקש**  (פירוט כל סוגי העיסוק הנעשים בעסק) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **מועד מוכנות לביקורת פתיחה** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **פרטי מבקש חוות הדעת**  (הפונה) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **שדות פרטי התאגיד חובה רק במקרה והעסק בבעלות תאגיד** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| שם התאגיד: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | מס' רישום התאגיד: | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| פרטי הפונה הראשון | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*שם פרטי: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | \*שם משפחה: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | \*מספר ת"ז: | | | |  | |
| מען פרטי | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*ישוב: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \*רחוב: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| מספר בית: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | מספר דירה: | | | | | |  | | | | | | \*מיקוד: | | | | | |  | | | | | תא דואר: | | | |  |
| \*תפקיד בעסק: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | הערות לכתובת: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| \*טלפון: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | פקס: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| דוא"ל: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| פרטי הפונה השני | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*שם פרטי: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | \*שם משפחה: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | \*מספר ת"ז: | | | |  | |
| מען פרטי | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*ישוב: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \*רחוב: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| מספר בית: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | מספר דירה: | | | | | |  | | | | | | \*מיקוד: | | | | | |  | | | | | תא דואר: | | | |  |
| \*תפקיד בעסק: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | הערות לכתובת: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| \*טלפון: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | פקס: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| דוא"ל: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| פרטי הפונה השלישי | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*שם פרטי: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | \*שם משפחה: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | \*מספר ת"ז: | | | |  | |
| *מען פרטי* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*ישוב: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \*רחוב: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| מספר בית: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | מספר דירה: | | | | | | |  | | | | | \*מיקוד: | | | | | |  | | | | | תא דואר: | | | |  |
| \*תפקיד בעסק: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | הערות לכתובת: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| \*טלפון: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | פקס: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| דוא"ל: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **הצהרה** | | | | | | | | | | | |
| **הננו מצהיר בזאת כי:**  \*אני מצהיר כי ידוע לי כי המידע שיימסר לי יהיה על סמך הנתונים שמסרתי לעיל והמסמכים המצורפים לבקשה, והוא לצרכי מידע מוקדם בלבד | | | | | | | | | | | |
| * יש לצרף את המסמכים הבאים:   תרשים סביבה  מפה מצבית  תכנית עסק  חוות דעת  קבלה על תשלום  אחר: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | ‏ |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  | תאריך |  | שם פרטי |  | שם משפחה |  | תעודת זהות | |  | חתימה |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | [rochut@lbhaifa.health.gov.il](mailto:rochut@lbhaifa.health.gov.il) |
| 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 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **אישור קבלת הבקשה** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  | |  |  | | |  |  | |
|  | תאריך |  | שם המאשר | |  | תפקיד המאשר | | |  | חתימת המאשר | | |  |