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 העסקיםנצרת עילית 17000 | Pharmacy@zafon.health.gov.il |
| חיפה | 04-8619852 | רח' הפרסים 15 חיפה ת.ד 232 | rochut@lbhaifa.health.gov.il |
| 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 |  |

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