

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

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:			
<input type="radio"/> מבנה מגורים	<input type="radio"/> מבנה מסחרי	<input type="radio"/> חצר	<input type="radio"/> תעשייה
<input type="radio"/> סככה	<input type="radio"/> אחר:		
*שטח:	מ"ר	*מספר עובדים:	
הערות:			

מהות העסק המבוקש (פירוט כל סוגי העיסוק הנעשים בעסק)
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:

חתימה

 תעודת
 זהות

 שם
 משפחה

 שם
 פרטי

תאריך

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	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@lbn.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	08-6263460 08-6263587	רחוב התקווה 4, קריית הממשלה, ת.ד. 10050, באר שבע	

אישור קבלת הבקשה

חתימת המאשר

תפקיד המאשר

שם המאשר

תאריך