

**בקשה למתן/ לחידוש/ לעדכון \*רשיון למרפאת שיניים של תאגיד  
שם המרפאה \_\_\_\_\_  
מספר רישום \_\_\_\_\_**

בקשה חדשה לרשוי מרפאת השיניים.

חידוש הרשיון בתום תקופה של 3 שנים.

עדכון הרשיון עקב החלפת הרופא האחראי.

עדכון הרשיון עקב שינוי מספר עמדות הטיפול במרפאה.

עדכון הרשיון עקב שינוי כתובת המרפאה/ התאגיד.

עדכון הרשיון עקב שינויים בהרכב בעלי התאגיד.

עדכון הרשיון עקב שינוי שם המרפאה/ התאגיד.

אל: רופא השיניים המחוזי, לשכת הבריאות \_\_\_\_\_

שם התאגיד \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

מס' טלפון \_\_\_\_\_ מס' פקס \_\_\_\_\_

שם המרפאה \_\_\_\_\_

כתובת המרפאה \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

מס' טלפון \_\_\_\_\_ מס' פקס \_\_\_\_\_

המרפאה הוקמה כמרפאת תאגיד בתאריך \_\_\_\_\_

<u>בעלי התאגיד: שם</u>	<u>כתובת</u>	<u>מס' זהות</u>	<u>מס' טלפון</u>
------------------------	--------------	-----------------	------------------

\_\_\_\_\_ 1.

\_\_\_\_\_ 2.

\_\_\_\_\_ 3.

**מנהלים פעילים במרפאה:**

\_\_\_\_\_ 1.

\_\_\_\_\_ 2.

\_\_\_\_\_ 3.

**סוג התאגיד - סמן את הנכון**

1. חברה ציבורית בע"מ      2. חברה פרטית בע"מ      3. אגודה עותמנית      4. אגודה שיתופית

5. עמותה      6. שותפות רשומה      7. רשות מקומית      8. אחר \_\_\_\_\_

**בעלות התאגיד - סמן את הנכון**

1. ממשלתית      2. עירוני ממשלתי      3. קופת חולים      4. הדסה      5. מיסיון      6. ציבורית

7. פרטית      8. רשות מקומית      9. מלכ"ר      10. קיבוץ      11. אחר \_\_\_\_\_

\* הקף בעיגול את המבוקש

מספר כסאות דנטליים במרפאה: \_\_\_\_\_

**רופא שיניים אחראי במרפאה :**

שם: \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_ מס' רשיון: \_\_\_\_\_

מס' רשיון ממחה: \_\_\_\_\_ תחום התמחות: \_\_\_\_\_

בעל תואר במנהל רפואי לא/כן מאוניברסיטת \_\_\_\_\_ בתוקף מ \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

האם הרופא האחראי עובד במרפאה אחרת? כן/לא. כרופא אחראי/ כממלא מקום

אם כן, שם המרפאה: \_\_\_\_\_ מס' רישום: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

פירוט ימי ושעות עבודה: \_\_\_\_\_

**רופא שיניים מ"מ רופא אחראי במרפאה :**

שם: \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_ מס' רשיון: \_\_\_\_\_

בתוקף מ \_\_\_\_\_ מס' רשיון ממחה: \_\_\_\_\_ תחום התמחות: \_\_\_\_\_

בעל תואר במנהל רפואי לא/כן מאוניברסיטת \_\_\_\_\_ בתוקף מ \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

**רופא שיניים מ"מ רופא אחראי במרפאה :**

שם: \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_ מס' רשיון: \_\_\_\_\_

בתוקף מ \_\_\_\_\_ מס' רשיון ממחה: \_\_\_\_\_ תחום התמחות: \_\_\_\_\_

בעל תואר במנהל רפואי לא/כן מאוניברסיטת \_\_\_\_\_ בתוקף מי \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

**רופא שיניים מ"מ רופא אחראי במרפאה :**

שם: \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_ מס' רשיון: \_\_\_\_\_

תוקף מ \_\_\_\_\_ מס' רשיון ממחה: \_\_\_\_\_ תחום התמחות: \_\_\_\_\_

בעל תואר במנהל רפואי לא/כן מאוניברסיטת \_\_\_\_\_ בתוקף מ \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

**שיננית:**

שם: \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_ מס' רשיון: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

**שיננית:**

שם: \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_ מס' רשיון: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

**סייעת:**

שם: \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_ מס' תעודת הכרה: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

**סייעת:**

שם: \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_ מס' תעודת הכרה: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

**סייעת:**

שם: \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_ מס' תעודת הכרה: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

אם במרפאה מועסקים רופאי שיניים, שינניות או סייעות נוספים, יש לפרט בדף נפרד

תאריך הגשת הבקשה: \_\_\_\_\_ שם המגיש: \_\_\_\_\_

תפקיד בתאגיד/ במרפאה: \_\_\_\_\_ מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_

**הנני מאשר שאני מוסמך לחתום על הבקשה בשם התאגיד.  
קראתי את התקנות וההנחיות ומצהיר בזה שהמרפאה עומדת בכל התנאים.**

\_\_\_\_\_  
חותמת התאגיד

\_\_\_\_\_  
חתימת המבקש

\* כל מרפאה ומרפאה חייב בבקשה נפרדת  
\*\* יש לצרף אישורים או מסמכים כפי הנדרש בהתאם לסוג הבקשה.