

**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 _____

בעלי התאגיד: שם	כתובת	מס' זהות	מס' טלפון
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.