



תאריך: _____

בקשה להיתר לניהול מעבדה רפואית

נא לסמן X במשבצת המתאימה לבקשתך:

היתר לניהול מעבדה רפואית

היתר לניהול מעבדה רפואית בתוך מערך מעבדות

פרטי המבקש/ת:

שם המשפחה: _____ השם הפרטי: _____

מספר זהות: _____ מקצוע: _____ מס' תעודת מקצוע: _____

כתובת: _____ טלפון סולרי: _____

כתובת דואר אלקטרוני: _____

תואר	אוניברסיטה	תחום לימודים או תחום מומחיות לרופאים	מועד סיום הלימודים
B.Sc			
M.Sc			
Ph.D או D.Sc			
MD רופא מומחה			

ריכוז פרטי שנות עבודה כעובד/ת מעבדה רפואית

עבודה בשנים	מקצוע מעבדה	שם מנהל/ת המעבדה	מקום ומוסד

יש לצרף לבקשה העתק תעודת הכרה כעובד מעבדה בכיר ואישור מנהל/ת אגף המעבדות של המוסד הרפואי (לפי המצוין בעמוד הבא)



תאריך _____

אישור מנהל/ת המעבדה

פרטי המועמד לתפקיד מנהל/ת מעבדה:

הנני מאשר/ת כי אני מכיר/ה את:

שם ושם משפחה: _____ מספר זהות: _____

שעבד/ה בין השנים (יש לציין יום, חודש, שנה): _____

במעבדתנו: _____

בתפקיד: _____

במקצוע מעבדה: _____

פרטי המנהל/ת הממליץ/ה:

שם פרטי ושם משפחה: _____ מספר זהות: _____

מעבדה: _____

כתובת: _____

טלפון: _____

תפקיד המעבדה: _____

מקצוע המעבדה: _____

חתימת המנהל/ת: _____ תאריך: _____

הערות: