**טופס עדכון פרטי משתמשים בפורטל הכספות**

**של אגף ציוד רפואי (אמ"ר)-משרד הבריאות**

\*נא להדפיס את הפרטים (ולא למלא בכתב יד, למעט החתימה!) על נייר לוגו של החברה. יש לשלוח קובץ בפורמט Pdf בלבד.

\*חובה למלא את כל השדות!

אני הח"מ המשמש מנכ"ל החברה, כמפורט להלן, מבקש לבצע שינוי בפרטי המשתמשים בפורטל הכספות של משרד הבריאות.

**שם חברה (בעברית): שם חברה (בלועזית):**

**מס. חברה בע"מ (ח.פ.):** **מס. עוסק מורשה (או ת.ז.):**

**מס. חברה בפנקס הציוד הרפואי (אם קיים):**

**איש קשר (בחברה):** **תפקיד:**

**טל. קווי:** **טל. נייד:** **דוא"ל:**

[נא למחוק את המיותר; בכל מקרה, לא תינתן הרשאה ליותר משני משתמשים – ככל שקיימות הרשאות לשני משתמשים, לא תינתן הרשאה למשתמש חדש, אם לא תבוטל הרשאה של משתמש קיים]

1. **משתמשים חדשים**

הנני מאשר/ת מתן הרשאה לשימוש (העלאת / צפייה במסמכים) בכספת החברה שבפורטל הכספות של משרד הבריאות למשתמשים הבאים:

**משתמש מס. 1 בכספת החברה (שם +שם משפחה):**

**ת.ז: תפקיד:**

**טל. קווי:** **טל. נייד:**

**דוא"ל:**

**משתמש מס. 2 בכספת החברה (שם +שם משפחה):**

**ת.ז: תפקיד:**

**טל. קווי:** **טל. נייד:**

**דוא"ל:**

1. **ביטול הרשאות**

הנני מבקש/ת ביטול הרשאה לשימוש (העלאת / צפייה במסמכים) בכספת החברה שבפורטל הכספות של משרד הבריאות למשתמשים הבאים:

**משתמש קיים (שם +שם משפחה):**

**ת.ז:**  **טל. נייד:**

**דוא"ל:**

**משתמש קיים (שם +שם משפחה):**

**ת.ז:**  **טל. נייד:**

**דוא"ל:**

אני מודע לכך שאין להעביר את פרטי ההתחברות לפורטל הכספות של החברה לכל גורם שהוא, למעט המשתמשים האמורים.

הנני מתחייב בזאת כי אשמור בסודיות את פרטי ההתחברות הללו ואבטיח כי גישה לפורטל תהא למורשים בלבד, וכן כי אפעל לעמידה של עובדי החברה במחויבות זו, ובכלל זה איידע את המשתמשים המופיעים לעיל במחויבות זו.

הריני מתחייב להודיע בכתב ומיידית על כל שינוי בפרטים שנמסרו בטופס זה.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**שם + חתימת מנכ"ל החברה**  **חותמת**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**תאריך**