**טופס בקשה לפתיחת כספת 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! את הבקשה יש לשלוח לתיבת דוא"ל: [Amar.Passwd@MOH.HEALTH.GOV.IL](mailto:Amar.Passwd@MOH.HEALTH.GOV.IL)

אני הח"מ המשמש מנכ"ל החברה, כמפורט להלן, מבקש בזאת כי תיפתח עבורי כספת בפורטל הכספות של משרד הבריאות, לשם הגשת בקשות לרישום ציוד רפואי.

**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):**

**שם כספת (מבוקש)**:

\*אין להשתמש בסימנים או במספרים (למעט מקף תחתון בלבד). שם הכספת יכול להיות בעברית או באנגלית.

**איש קשר (בחברה):** **תפקיד:**

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

הנני מאשר/ת מתן הרשאה לשימוש (העלאת / צפייה במסמכים) בכספת החברה שתיפתח עבורי בפורטל 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:**

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**