



המינהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות  
אגף הרוקחות | המחלקה לרישום תכשירים רפואיים  
Drug Registration Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

כ"ג בשבט, התשע"ט  
29 ינואר 2019  
סימוכין: 410795419

לכבוד  
יצרנים ויבואנים

הנדון: הצהרה לבקשה לאישור פרסום אתרי תרופות ללא מרשם

בעת הגשת בקשה לאישור פרסום אתר אינטרנט המכילים תכנים שונים, ביניהם:

מידע הנוגע לתופעה/מחלה ו/או הצעות להקלה על התופעה/מחלה

וכן התייחסות לטיפול תרופתי ולתכשיר ספציפי ואופן השימוש בו

יש לסמן בחומר המוגש את המידע הנוגע לטיפול התרופתי ולתרופה ובלבד שאינו נלקח כלשונו מתוך העלון לצרכן של התכשיר.

כמו כן, יש לצרף להגשה הצהרה חתומה ע"י הרוקח הממונה בנוסח הרצ"ב, על גבי דף לוגו של החברה.

בברכה

ליאת ישראלי  
מרכזת צוות פרסומות  
המחלקה לרישום תכשירים

העתקים:

ד"ר עפרה אקסלרוד, מנהלת המכון לביקורת ותקנים של חומרי רפואה ומ"מ מנהל מערך הרוקחות  
מגרי אלי מרום, סגן מנהל מערך הרוקחות  
ד"ר דניז אינבידר, מנהלת המחלקה לרישום תכשירים  
מגרי אילנה וייס, סגנית מנהלת המחלקה לרישום תכשירים  
מגרי מילי דיוינסקי, מחלקה לרישום תכשירים, חברת ועדת פרסום  
מגרי נריה גוטגולד, מחלקה לרישום תכשירים, חברת ועדת פרסום

**Drug Registration Department  
Ministry of Health**  
P.O.B 1176 Jerusalem 91010  
call.habriut@moh.health.gov.il  
**Tel: 02-5080254 Fax: 02-6474866**  
02-5080261  
02-5080253



המחלקה לרישום תכשירים רפואיים  
משרד הבריאות  
ת.ד. 1176 ירושלים 91010  
call.habriut@moh.health.gov.il  
**טל: 02-5080254 פקס: 02-6474866**  
02-5080261  
02-5080253



המינהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות  
אגף הרוקחות | המחלקה לרישום תכשירים רפואיים  
Drug Registration Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**הצהרה לבקשה לאישור פרסום אתרי תרופות ללא מרשם**

שם התכשיר: \_\_\_\_\_

כתובת אתר האינטרנט: \_\_\_\_\_

מלבד התכנים שמסומנים לבדיקת המחלקה לרישום תכשירים, החומרים המוגשים מכילים:

- מידע מתוך עלון לצרכן כלשונו. ההתאמה לעלון לצרכן נבדקה ע"י הרוקח הממונה של התכשיר.
- מידע המתייחס לטיפול תרופתי כללי או טיפול תומך (ניתן להזכיר קבוצות פרמקולוגיות ללא התייחסות לתרופות או לחומרים פעילים, הדורשים את בדיקת המחלקה לרישום תכשירים) או מידע בנוגע למחלה/תופעה נבדק ע"י רופא מטעם בעל הרישום.

שם הרופא \_\_\_\_\_ מספר רישיון \_\_\_\_\_ חותמת וחתימה \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ חתימת רוקח ממונה

\_\_\_\_\_ תאריך