

# מרשם לייצור מספוא רפואי

## תאריך: \_\_\_\_\_

תוקף המרשם: לשלושה (3) חודשים או השלמת ייצור הכמות, הקודם מבניהם למעט במקרה של רישום קוקסידיוסטטים לבעלי כנף (בתוקף לשישה (6) חודשים)

## לכבוד מכון תערובת: \_\_\_\_\_

הח"מ מבקש לייצר מספוא רפואי כמפורט להלן:

שם הלקוח / הבעלים: \_\_\_\_\_

כתובת הלקוח / הבעלים: \_\_\_\_\_

סוג בע"ח (\*): בקר / צאן / חזירים / בעלי כנף / דגים / אחר: \_\_\_\_\_

שלוחת ייצור (\*): חולבות / גידול / פיטום / הטלה / רבייה / אחר: \_\_\_\_\_

גיל בע"ח (\*): \_\_\_\_\_ שבועות/ חודשים/ שנים מין (\*): זכר / נקבה (\* מחק את המיותר והקף בעיגול את הנדרש)

שם התכשיר / התרופה (\*\*): \_\_\_\_\_

(\*\* נדרש לרישום: באותיות דפוס לטיניות קריאות / בהדפסה)

ריכוז התכשיר במספוא (מינון חומר פעיל\*\*\*): \_\_\_\_\_ (\*ק"ג לטון / PPM)

(\*\*\* נדרש לרישום: בק"ג לטון תערובת או ב PPM) (\* מחק את המיותר והקף בעיגול את הנדרש)

הכמות הכללית הנדרשת לייצור: \_\_\_\_\_ טון (\*תערובת / חליפה)

(\* מחק את המיותר והקף בעיגול את הנדרש)

הוראות שימוש: \_\_\_\_\_

תקופת המתנה נדרשת לשיווק - חלב: \_\_\_\_\_ (ימים) / ביצי מאכל: \_\_\_\_\_ (ימים)

לשחיטה(בשר): \_\_\_\_\_ (ימים) / דגים: \_\_\_\_\_ (ימים)

## הערות:

- המינון ו/או כל הנחיה השונה מהתווית היצרן(כמפורט לעיל), הינם באחריות החתום מטה.
- מרשם שפרטיו לא ימולאו בכתב ברור וכנדרש, לא יכובד.

שם הרופא הווטרינר: \_\_\_\_\_

כתובתו (או המוסד): \_\_\_\_\_

מס. רישיון: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת הרופא הווטרינר: \_\_\_\_\_