

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)

1. שם התכשיר / התרופה (**): _____ נדרש לרישום: באותיות דפוס לטיניות קריאות / בהדפסה

1. ריכוז התכשיר במספוא (מינון חומר פעיל***): _____ נדרש לרישום: בק"ג לטון תערובת או ב PPM (* מחק את המיותר והקף בעיגול את הנדרש)

2. שם התכשיר / התרופה (**): _____ נדרש לרישום: באותיות דפוס לטיניות קריאות / בהדפסה

2. ריכוז התכשיר במספוא (מינון חומר פעיל***): _____ 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: _____

פורמט המרשם:

- ע"פ דרישות תקנות הרוקחים (ניפוקם של תכשירים וטרינרים) 1988, תקנה 16: ניפוק לפי מרשם