

משרד הבריאות
לשכת המדען הראשי

טופס בקשה להסמכה, ע"י מנכ"ל משרד הבריאות, כ- "מוסד מוכר",

(על פי חוק הסדרת מחקרים במחוללי מחלות ביולוגיים, התשס"ט – 2008)

הטופס המלא ישלח במייל אל פרופ' אורן קובילר, יו"ר המועצה להסדרת מחקרים במחוללי מחלות ביולוגיים,
לכתובת moaza-mecholelim@moh.gov.il

א. פרטי המוסד/הארגון

שם המוסד/הארגון: _____
כתובת: _____

שיוכו המגזרי: ממשלה, משרד _____
 אקדמיה
 תעשייה, סוג _____
 מסחר, סוג _____
 מעבדה פרטית, סוג _____
 אחר, פרט _____

ב. ההכרה המבוקשת

רק להחזיק, במחוללי מחלות ביולוגיים, לצרכי: _____
 יבוא ייצור אנליזה אחר: _____
 יצוא גידול בתרבית השמדה

גם להחזיק וגם לבצע בהם או באמצעותם מחקר, במערכות ניסוי: _____
 in vitro בבני אדם
 בבעלי חיים אחר: _____

מבוקשת גם הרשאה למנות "ועדה מוסדית פנימית", כמשמעותה בחוק הנ"ל

ג. גיוון הפעילות, היקפה ופריסתה בתאריך הגשת הבקשה

הסוגים השונים של מחוללי מחלות ביולוגיים בהם עוסקים בארגון, בקטגוריות השונות:
 חיידקים: _____ נגיפים: _____ פטריות: _____ רעלנים או רכיביהם: _____ טפילים _____

בארגון יש לפחות _____ חדרים, שבהם מצויים או שבהם נעשה שימוש במחוללי המחלות
והם ממוקמים ב- _____ בניינים נפרדים.

ד. ההיערכות הבטיחותית

בארגון:

יש ממונה/אחראי בטיחות רשמי שפרטיו:

תואר, שם ושם משפחה: _____ ת"ז: _____

טלפון: _____ פקס: _____ דוא"ל: _____

אין ממונה/אחראי בטיחות רשמי.

בארגון:

- יש הוראות בטיחות רשמיות, העונות על הדרישות הרלוונטיות לסיכונים ביולוגיים שב"פקודת הבטיחות בעבודה (נוסח חדש) התש"ל - 1970" וב"חוק ארגון הפיקוח על העבודה, התשי"ד - 1954" ובתקנות הנוגעות למעבדות כימיות/ביולוגיות התשס"א-2001.
- אין הוראות בטיחות כאלה.

המחקר (אם רלוונטי לבקשה) מבוצע בארגון במתקנים שסיווגם הבטיחותי:

BL2 BL3 BL 3-4 אחר: _____

- מחוללי המחלות מועברים אל הארגון, ממנו ובתוכו בהתאם לתקנים:
- פדרליים - אמריקאים הוראות משרד הבריאות אחרים:

ה. ההיערכות הביטחונית

בארגון:

יש קצין/ממונה בטחון רשמי שפרטיו:

תואר, שם ושם משפחה: _____ ת"ז: _____

טלפון: _____ פקס: _____ דוא"ל: _____

והארגון כן / לא פועל בהתאם ל-"חוק הסדרת הביטחון בגופים ציבוריים, תשנ"ח-1998"

אין קצין/ממונה בטחון רשמי.

הארגון מקיים ביחס למחוללי המחלות נהלי אבטחה כגון:

שמירה כללית 365X24 נעילת מעבדות נעילת מחוללי המחלות

אחרים: _____

ו. הצהרת המבקש

תואר, שם ושם משפחה ותפקיד בארגון: (נשיא/מנכ"ל או מי שהוסמך על ידו*) _____

שם הארגון: _____

טלפון: _____ פקס: _____ דוא"ל: _____

אני הח"מ, מאשר בחתימתי דלהלן את נכונות כל הפרטים דלעיל ומבקש בזאת להכיר בארגון המתואר בפרק א' דלעיל, כמוסד מוכר, כמפורט בפרק ב' דלעיל - בהתאם ל- "חוק הסדרת מחקרים במחוללי מחלות ביולוגיים תשס"ט - 2008".

תאריך: _____ ת.ז: _____ חתימה: _____

*נא לצרף אישור הסמכה