

טופס בקשה לאישור פעילות סוכן

סימוכין: נוהל מספר 21408

תאריך הפנייה:

שנה חודש יום

סעיפים א-ג ימולאו ע"י הגורם המזמין. ישלח לחתימת הגורם האחראי ברכש/בית מרקחת

א. פרטי הגורם המזמין מטעם בית החולים			
שם הגורם מטעם ביי"ח	תפקיד	טלפון	מחלקה
מטרת הביקור			
ב. פרטים אישיים של הסוכן/ת:			
שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	
מייל		טלפון נייד	
שם החברה	פרטי סמנכ"ל משאבי אנוש	טלפון	
ג. פרטים על אופי הביקור:			
מגע עם מטופלים (סמן ב-X)	חשיפה לגורמי סיכון (סמן ב-X)	בקשות מיוחדות	
<input type="checkbox"/> מגע עם מטופלים <input type="checkbox"/> שהייה עם מטופלים. <input type="checkbox"/> חשיפה למידע. <input type="checkbox"/> ללא מגע / שהייה עם מטופלים/ חשיפה למידע	<input type="checkbox"/> קרינה <input type="checkbox"/> רעש <input type="checkbox"/> ציטוטקטיקה <input type="checkbox"/> אבק <input type="checkbox"/> אחר _____	<input type="checkbox"/> בקשה להנפקת תג זמני <input type="checkbox"/> בקשה לחלוק/מזדים	
ד. אישור הבקשה: ימולא ע"י אחראי הרכש/בית המרקחת (אם מאושר - יש לשלוח למשאבי אנוש ולהפנות את הסוכן למילוי טפסים המופיעים באתר בית החולים)			
אישור האחראי	[] אושר [] לא אושר [] לא רלוונטי	נימוקים:	
שם האחראי	תפקיד	חתימה	תאריך
ה. לשימוש משאבי אנוש			
המועמד המציא את המסמכים הבאים:	[] הפנייה מהגורם המזמין [] אישור החברה קיום חוקי מעביד [] הסדר ביטוחי [] עמידה בתוכנית חיסונים	[] הצהרה על שמירת סודיות [] ביצוע אוריינטציה [] []	
החלטת האחראי במשאבי אנוש	[] לאשר הבקשה במחלקה _____ מתאריך _____ עד תאריך _____	[] לא לאשר - מהנימוקים הבאים/הערות: _____ _____ _____	
שם מנהל/ת משאבי אנוש	חתימת מנהל/ת משאבי אנוש	תאריך:	