

בקשה ליבוא אמ"ר - משרד הבריאות



סימוכין: 616192

בקשה ליבוא אמ"ר

- 1 סוג בקשה
- 2 מבקש השירות
- 3 פרטי יצרן / ספק
- 4 מטרת יבוא
- 5 פרטי הטובין
- 6 צרופות

סוג בקשה (שדות המסומנים בכוכבית (*) הם שדות חובה)

*סוג הבקשה ליבוא אמר

תקופתי חד פעמי

לשלב הבא <

יש ללחוץ על הכפתור
לשלב הבא <

בסוג הבקשה יש לבחור – חד פעמי



אודות האתר | תנאי שימוש | נגישות



בקשה ליבוא אמ"ר - משרד הבריאות



- 1 סוג בקשה
- 2 מבקש השירות
- 3 פרטי יצרן / ספק
- 4 מטרת יבוא
- 5 פרטי הטובין
- 6 צרופות

מבקש השירות (שדות המסומנים בכוכבית (*) הם שדות חובה)

פרטי היבואן

<input type="text" value="שם היבואן*"/> שם מגיש הבקשה כפי שמופיע בחשבון הספק	<input type="text" value="מספר יבואן*"/> מספר ת. זהות של מגיש הבקשה	
<input type="text" value="מיקוד*"/> מיקוד מגיש הבקשה	<input type="text" value="רחוב*"/> כתובת מגיש הבקשה	<input type="text" value="ישוב*"/> ישוב
<input type="text" value="סלולרי*"/> טלפון נייד של מגיש הבקשה	<input type="text" value="טלפון*"/> טלפון נייד של מגיש הבקשה	<input type="text" value="שם איש קשר*"/> שם מגיש הבקשה
<input type="text" value="כתובת דואר אלקטרוני*"/> מייל מגיש הבקשה (הודעות / אישורים ישלחו למייל זה, נא הקפידו על כתובת מייל תקינה)		

האם מגיש הבקשה הוא עמיל מכס? – יש לסמן לא

לא כן

האם הבקשה מוגשת על ידי היבואן? – יש לסמן כן

לא כן

< לשלב הבא

יש ללחוץ על הכפתור
לשלב הבא <

> לשלב הקודם



אודות האתר | תנאי שימוש | נגישות



בקשה ליבוא אמ"ר - משרד הבריאות



- 1 סוג בקשה
- 2 מבקש השירות
- 3 פרטי יצרן / ספק
- 4 מטרת יבוא
- 5 פרטי הטובין
- 6 צרופות

פרטי יצרן / ספק (שדות המסומנים בכוכבית (*) הם שדות חובה)

האם היבוא מיועד לשטחי ישראל? - יש לסמן כן

כן לא

שם יצרן*

שם היצרן - יש לכתוב את שם יצרן הפריט

כתובת היצרן*

כתובת היצרן - במידה ויש, נא למלא. במידה ואין, ניתן לכתוב את מדינת היצור

כיצד מסופקים הטובין?*

כיצד מיובאים הטובין? - לסמן באמצעות הספק

באמצעות ספק

ישירות מהיצרן

שם ספק*

שם הספק - יש לכתוב את שם האתר ממנו רכשת את הפריט

כתובת הספק*

כתובת הספק - במידה ויש, נא למלא. במידה ואין, ניתן לכתוב את מדינת היצוא

לשלב הבא <

יש ללחוץ על הכפתור
לשלב הבא <

> לשלב הקודם



אודות האתר | תנאי שימוש | נגישות



בקשה ליבוא אמ"ר - משרד הבריאות

1 סוג בקשה 2 מבקש השירות 3 פרטי יצרן / ספק 4 מטרת יבוא 5 פרטי הטובין 6 צרופות

פרטי הטובין (שדות המסומנים בכוכבית (*) הם שדות חובה)

פרטי הטובין

שורה 1



✖ מתק שורה

פרט מכס לפי הרשימה:

פרט המכס	שם המוצר
9018190000/3	מד חמצן וחלקיו
9018190000/3	מד לחץ דם וחלקיו
9019200000/9	משאף / מכשיר אינהלציה
9021109000/7	סד לקרסול / ליד / לצוואר
9018909000/5	חוסם עורקים
3822190000/4	ערכה לבדיקת סוכר

פרט מכס ?

*תיאור טובין לפי ספר המכס

*תיאור טובין

תיאור טובין - יש לציין את תיאור הטובין בדיוק כמו שמופיע בחשבון הספק + מספר המעקב - ללא מס' מעקב האישור אינו קביל

יחידת מידה

יח' מידה - יש לבחור "כל אחד"

כמות ?

כמות - הכמות כפי שמופיע בחשבון הספק

ארץ יצור *

ארץ יצור - יש לבחור מהרשימה את ארץ יצור הטובין

ייעוד *

ייעוד - יש לבחור מהרשימה את "אחר (מצורף הסבר)"

אחר

יש לכתוב את המילים "יבוא אישי" ואת מספר המעקב של החבילה

הטובין מאושרים כאמ"ר במדינה מוכרת:

רשות רגולטורית אחרת

CE

FDA

ללא אישורים

רישום בפנקס האמ"ר

+ הוסף שורה

< לשלב הבא

יש ללחוץ על הכפתור לשלב הבא <

> לשלב הקודם



בקשה ליבוא אמ"ר - משרד הבריאות

6 צרופות

5 פרטי הטובין

4 מטרת יבוא

3 פרטי יצרן / ספק

2 מבקש השירות

1 סוג בקשה

ספקים שאינם יצרנים / צרופות (שדות המסומנים בכוכבית (*) הם שדות חובה)

צרופות

מתק שורה ✖

שורה 1



מספר חשבון ספק

מספר חשבון הספק – יש לכתוב את מספר המעקב של החבילה שלך

צירוף חשבון ספק

לבחירת קובץ



צירוף חשבון ספק – יש לצרף את חשבון הספק שקיבלת במייל

תאריך חשבון ספק?



תאריך חשבון ספק – יש לבחור את תאריך ביצוע ההזמנה

+ הוסף שורה

יפוי כח מהיבואן

לבחירת קובץ



צרופה להוספה - אופציונלי

מתק שורה ✖

שורה 1



צרופה רלוונטית

צרופה רלוונטית – יש לצרף מסמך בו יש הצהרה עבור משרד הבריאות על מהות המוצר ושימושו.

לבחירת קובץ



פירוט מילולי

+ הוסף שורה

הערות היבואן לאגף

הערות היבואן – מומלץ לכתוב את תוכן הצהרת עבור משרד הבריאות בצירוף מספר המעקב של החבילה שלך.

שלח ✉

הדפס 🖨

> לשלב הקודם

יש ללחוץ על הכפתור – שלח 📄

