

מרכז הזמנות ארצי  
072-22-11-500  
exbarak@a-barak.co.il

מוקד מרכז הדרכה ארצי  
0722-74-78-70  
info@a-barak.co.il

**בזלת**  
תרופה עד הבית

www.bazelet-pharma.co.il

תאריך: \_\_\_\_\_

לכבוד  
משרד הבריאות  
יק"ר - יחידת הקאנביס הרפואי  
ירושלים

א.ג.ב.

הנדון: בקשה למעבר ספק.

שמי: \_\_\_\_\_ ת.ז: \_\_\_\_\_

מספר רישיון: \_\_\_\_\_ מינון: \_\_\_\_\_

תוקפו של הרישיון: \_\_\_\_\_ שם הספק: \_\_\_\_\_

מבקש לשנות את הספק דרכו אני מקבל לספק: \_\_\_\_\_

הריני להצהיר, כי כל מה שנכתב במסמך זה נועד להקל את השימוש בקנאביס הרפואי וכי כל מה שנכתב במסמך זה הוא לצורך שימוש תרופתי בלבד.

בכבוד רב

\_\_\_\_\_