



מחלקת הכשרות

המועצה הדתית

רחוב קלאוזנר 18 רעננה טל: 073-2471051 mdr.kash100@gmail.com

בס"ד

תאריך הגשת הבקשה: _____

טופס בקשה לקבלת תעודת כשרות

פרטי מגיש הבקשה ובעלי העסק:

שם מגיש הבקשה: _____ מס' ת"ז: _____

כתובת פרטית: _____ תפקיד בעסק: _____

שם בעלי העסק (באם שונה ממגיש הבקשה): _____ מס' ת"ז: _____

טלפון נייד: _____

פרטי העסק:

שם העסק (כפי שיופיע בתעודת כשרות): _____

כתובת העסק: _____ שם חברה בע"מ (אם שונה משם העסק): _____

טלפון: _____ מייל: _____

מס' ח.פ./ ע.מ.: _____ מנהל המקום: _____

תיאור העסק: _____

סיווג העסק: חלבי, חלב ישראל/ חלב נכרי / בשרי / מעורב / פרווה . (להקיף בעיגול).

תיאור המאכלים ודרך הכנתם: _____

שעות עבודת המטבח (ימים א-ה): _____ עובד ביום שישי כן / לא עובד במוצ"ש כן / לא

שעות פתיחת העסק (ימים א-ה): _____ עובד ביום שישי כן / לא עובד במוצ"ש כן / לא

שמות הטבחים והלאום (לצורך טיפול בסוגיית "בישולי עכו"ם"): _____

רשימת ספקים עיקריים לעסק וכשרותם: _____

אני הח"מ מבקש לקבל תעודת כשרות מהרבנות הראשית רעננה ומתחייב בזאת לעמוד בכל נהלי הכשרות וההוראות שימסרו לי מעת לעת.

חתימה וחותמת