|  |
| --- |
| ЧРЕЗДИРЕКТОРАНА РЕГИОНАЛНАЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ .................................................ДОМИНИСТЪРА НАЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО З А Я В Л Е Н И Еза издаване на разрешение за осъществяване на програма за лечение с агонисти и агонисти-антагонисти на лица, зависими към опиоиди от .........................................................................................................................................................,*(име, презиме, фамилия)*ЕГН ......................................................................, л.к. № .................................................................,издадена на ......................................................... от ........................................................................,представляващ ..................................................................................................................................,……………………………………………………………………………………………...………..*(наименование на лечебното заведение)*ЕИК ...................................................................................................................................................,седалище и адрес на управление: гр./с. .........................................................................................,……………………………………………………………………………………………...………..ул./бул. № .........................................................................................................................................,телефон за контакт ..........................................................................................................................,притежаващо разрешение за осъществяване на лечебна дейност/удостоверение за регистрация на лечебното заведение ............................................................................................. Моля на основание чл. 87, ал. 1 от Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите да бъде издадено разрешение за осъществяване на програма за лечение с агонисти и агонисти-антагонисти на лица, зависими към опиоиди, на……………………………………………………………………………………….……….……..*(посочва се лечебното заведение)*Ръководител на програмата е: ......................................................................................................,*(име, презиме, фамилия)*ЕГН ......................................................................., л.к. № .............................................................,издадена на ....................................................... от .........................................................................Брой на лицата, включени в програмата .........................В програмата ще се използват следните лекарствени продукти, съдържащи опиеви агонисти и агонисти-антагонисти:1. ......................................................................................................................................................2. .....................................................................................................................................................3. .....................................................................................................................................................Лечебното заведение осъществява своята дейност на адрес:гр./с. ..........................................................., пощенски код ........................................................,ул./бул. № ....................................................................................................................................... Прилагам следните документи:1. проект на програма за лечение с агонисти и агонисти-антагонисти на лица, зависими към опиоиди;2. план, индикатори и процедури за оценка на ефективността на програмата, изготвен по образец;3. списък на персонала, изпълняващ програмата, копия от документи, доказващи квалификацията му, копия от трудови договори на персонала и трудов договор или договор за възлагане на управлението за ръководителя на програмата, както и работен график на терапевтичния екип по дни и часове;4. инструкция за извършване на дейностите с лекарствени продукти, съдържащи опиеви агонисти и агонисти-антагонисти, и начин на отчитането им;5. копия на документи за завършено образование и за придобита специалност на ръководителя на програмата;6. копия на документи, удостоверяващи изискуемия стаж на ръководителя на програмата;7. копие на сертификат, издаден на ръководителя на програмата за преминат курс за обучение на ръководители на програми за лечение с опиеви агонисти и агонисти-антагонисти;8. документ, удостоверяващ осигуряването на заместник в случаите на отсъствие на ръководителя на програмата;9. копие от договора за охрана с физическо или юридическо лице, притежаващо разрешение за осъществяване на частна охранителна дейност;10. документ за платена държавна такса за даване на съгласие за осъществяване/продължаване на дейността на програма за лечение на лица, зависими от наркотични вещества, в размер, определен в тарифата по чл. 9, ал. 3 от Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите;11. документ за платена държавна такса за издаване/подновяване/промяна на разрешение по чл. 3, ал. 3 в размер, определен в тарифата по чл. 9, ал. 3 от Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите;12. декларация по чл. 4, ал. 2;13. свидетелство за съдимост или аналогичен документ на ръководителя на програмата, когато същият не е български гражданин. |