|  |
| --- |
| ЧРЕЗ  ДИРЕКТОРА  НА РЕГИОНАЛНА  ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ   .................................................  ДО  МИНИСТЪРА НА  ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО    З А Я В Л Е Н И Е  за 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. |