**ДО**

**МИНИСТЪРА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

**З А Я В Л Е Н И Е**

**за промяна на разрешение за осъществяване на програми за лечение с агонисти и агонисти-антагонисти на лица, зависими към опиоиди**

|  |
| --- |
| от...................................................................................................................................................... |
| *(име, презиме, фамилия)* |
| л.к.№……………………...................………...…,ЕГН……........................……..…….……………......, |
| 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 програмат е:........................................................................................................... |
| *(име, презиме, фамилия)* |
| издадена на: …………....................... от: ......................................................................................... |
| Броят на лицата, включени в програмата, е .................................................................................. |
| В програмата ще се използват следните лекарствени продукти, съдържащи опиеви агонисти и агонисти-антагонисти: |
| 1. ........................................................................................................................................................ |
| 2. ........................................................................................................................................................ |
| Лечебното заведение осъществява своята дейност на адрес: |
| гр./с. ................................................код ………………......................…………………………..........., |
| ул./бул. № ......................................................................................................................................... |
| Прилагам следните документи:  1. проект на програма за лечение с опиеви 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 или граждански договори на персонала, както и времева ангажираност;  4. инструкция за извършването на дейностите с лекарствени продукти, съдържащи опиеви агонисти и агонисти-антагонисти, и начина на отчитането им;  5. свидетелство за съдимост на ръководителя на програмата;  6. дипломи за завършено образование и за придобита специалност на ръководителя на програмата;  7. документи, удостоверяващи изискуемия стаж на ръководителя на програмата;  8. сертификат за преминат курс за обучение на ръководители на програми за лечение с опиеви агонисти и агонисти-антагонисти;  9. декларация по образец, съгласно приложение № 2а;  10. декларация съгласно чл. 4, ал. 2;  11. декларация по образец, съгласно приложение № 2б;  12. копие от договора за охрана с органите на МВР или с физическо или юридическо лице, притежаващо разрешение за осъществяване на частно-охранителна дейност, както и копие от разрешението за охранителна дейност.  Подпис и печат на заявителя: ............................................................. |