|  |  |
| --- | --- |
| **Tên thủ tục hành chính** | **Công bố đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện** |
| **1** | Thành phần hồ sơ | **Bản chính** | **Bản sao** |
|  | 1. Đơn đề nghị công bố đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế theo Mẫu số 05 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 90/2016/NĐ-CP; | x |  |
| 2. Bản sao quyết định thành lập của cơ quan nhà nước có thẩm quyền hoặc bản sao giấy chứng nhận đầu tư hoặc bản sao giấy chứng nhận đăng ký doanh nghiệp hoặc tài liệu tương đương khác của cơ sở; |  | x |
| 3. Danh sách nhân sự theo Mẫu số 06 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số [90/2016/NĐ-CP](https://thuvienphapluat.vn/phap-luat/tim-van-ban.aspx?keyword=90/2016/NĐ-CP&area=2&type=0&match=False&vc=True&lan=1) và kèm theo bản sao văn bằng chuyên môn của từng nhân viên; | x |  |
| 4. Bản kê khai trang thiết bị của cơ sở điều trị theo Mẫu số 07 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 90/2016/NĐ-CP; | x |  |
| 5. Sơ đồ mặt bằng của cơ sở điều trị. | x |  |
| **2** | **Số lượng hồ sơ** |
|  | 01 bộ |
| **3** | **Thời gian xử lý** |
|  | 05 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được hồ sơ đầy đủ và hợp lệ.  |
| **4** | **Nơi tiếp nhận và trả kết quả** |
|  | - Cách 1: Nộp hồ sơ trực tiếp tại Bộ phận Tiếp nhận và Trả kết quả - Sở Y tế Hà Nội; địa chỉ: Số 4 Sơn Tây - Ba Đình - Hà Nội;- Cách 2: Địa chỉ tiếp nhận đối với các hồ sơ gửi qua bưu chính: Sở Y tế Hà Nội; địa chỉ: Số 4 Sơn Tây - Ba Đình - Hà Nội . Điện thoại: 0243.7343622;- Cách 3: Nộp hồ sơ trực tuyến tại Cổng dịch vụ công trực tuyến thành phố Hà Nội (dichvucong.hanoi.gov.vn);Trả kết quả tại Bộ phận Tiếp nhận và Trả kết quả của Sở Y tế Hà Nội hoặc qua dịch vụ bưu chính công ích. |
| **5** | **Lệ phí** |
|  |  Không |

|  |
| --- |
| **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Mẫu số 05****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc***......[[1]](#footnote-1)....., ngày ...... tháng...... năm 20.....* |

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Công bố đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế**

Kính gửi: Sở Y tế ......[[2]](#footnote-2)......

Tên: ....................................................................[[3]](#footnote-3)......................

Địa điểm: ................................[[4]](#footnote-4) .....................................; Điện thoại/fax:

Căn cứ Nghị định số ......../2016/NĐ-CP ngày ..... tháng ..... năm 2016 của Chính phủ quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế, chúng tôi đề nghị Sở Y tế công bố đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện đối với cơ sở....................3...................

Chúng tôi xin gửi kèm theo Đơn này bộ hồ sơ gồm các giấy tờ sau:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Bản sao quyết định thành lập của cơ quan nhà nước có thẩm quyền hoặc bản sao giấy chứng nhận đầu tư hoặc bản sao giấy chứng nhận đăng ký doanh nghiệp hoặc tài liệu tương đương khác | [ ]  |
| 2 | Danh sách nhân sự của cơ sở điều trị kèm theo bản sao văn bằng chuyên môn của từng nhân viên thuộc cơ sở điều trị | [ ]  |
| 3 | Bản kê khai trang thiết bị của cơ sở điều trị | [ ]  |
| 4 | Sơ đồ mặt bằng của cơ sở điều trị | [ ]  |

Cơ sở công bố đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện xin cam kết:

1. Đã kiểm tra, ký đóng dấu vào những phần liên quan ở tất cả các giấy tờ nộp trong hồ sơ công bố đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện này và xác nhận là đây là các giấy tờ hợp pháp, nội dung là đúng sự thật. Nếu có sự giả mạo, không đúng sự thật cơ sở xin chịu hoàn toàn trách nhiệm và sẽ bị xử phạt theo quy định của pháp luật.

2. Đáp ứng đủ yêu cầu, điều kiện về cơ sở vật chất, trang thiết bị và nhân sự thực hiện việc điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện theo quy định.

3. Thông báo cho Sở Y tế......2...... khi có bất cứ thay đổi nào đối với hồ sơ công bố đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ**(*Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu*) |

|  |
| --- |
| **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Mẫu số 06****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc***......[[5]](#footnote-5)......., ngày ...... tháng...... năm 20.....* |

**DANH SÁCH NHÂN SỰ LÀM VIỆC TẠI CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ**

| **TT** | **Họ và tên** | **Vị trí việc làm**  | **Chế độ làm việc ([[6]](#footnote-6))** | **Các giấy tờ kèm theo** | **Ghi chú** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | ................. | Bác sỹ phụ trách chuyên môn kỹ thuật |  | 1. Bản sao bằng tốt nghiệp bác sỹ.2. Bản sao chứng nhận đã qua đào tạo, tập huấn về điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện. |  |
| 2. | ................. | Nhân viên hỗ trợ khám bệnh, chữa bệnh |  | Bản sao bằng tốt nghiệp từ trung cấp chuyên ngành y trở lên. |  |
| 3. | ................. | Nhân viên tư vấn |  | Bản sao bằng tốt nghiệp trung cấp y hoặc trung cấp dược hoặc trung cấp xã hội trở lên. |  |
| 4. | ................. | Nhân viên cấp phát thuốc |  | Bản saobằng tốt nghiệp trung cấp y hoặc trung cấp dược trở lên. |  |
| 5. | ................. | Nhân viên bảo quản thuốc |  | Bản sao bằng tốt nghiệp trung cấp dược trở lên. |  |
| 6. | ................. | Nhân viên xét nghiệm |  | Bản sao bằng tốt nghiệp trung cấp y, dược, sinh học, hóa học trở lên. |  |
| 7. | ................. | Nhân viên hành chính |  | Bản sao bằng tốt nghiệp trung cấp trở lên. |  |
| 8. | ................. | Nhân viên bảo vệ |  | Bản sao bằng tốt nghiệp trung học cơ sở trở lên. |  |
|  |  | **THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ**(*Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu*) |

|  |
| --- |
| **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Mẫu số 07****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc***......[[7]](#footnote-7)......., ngày ...... tháng...... năm 20.....* |

**BẢN KÊ KHAI TRANG THIẾT BỊ CỦA CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên thiết bị** | **Ký hiệu thiết bị****(MODEL)** | **Công ty sản xuất** | **Nước sản xuất** | **Năm sản xuất** | **Số lượng** | **Tình trạng sử dụng** | **Ghi chú** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ**(*Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu*) |

1. Địa danh [↑](#footnote-ref-1)
2. Tên Sở Y tế tỉnh [↑](#footnote-ref-2)
3. Ghi rõ tên của cơ sở đề nghị công bố đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện [↑](#footnote-ref-3)
4. Ghi rõ địa chỉ cụ thể của cơ sở đề nghị công bố đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện [↑](#footnote-ref-4)
5. Địa danh [↑](#footnote-ref-5)
6. Ghi rõ làm việc toàn thời gian hay kiêm nhiệm [↑](#footnote-ref-6)
7. Địa danh [↑](#footnote-ref-7)