

بسمه تعالی

سرپرست محترم اداره درمان سوء مصرف مواد دانشگاه

باسلام

احتراما اینجانبمؤسس/مسئول فنی مرکز درمان سوء مصرف مواددرخواست

تمدید/ صدور مجوز آگونیست مرکز را دارم.لطفا دستورات لازم را مبذول فرمایید.

مهر - امضاء - تاریخ

تمدید مجوز داروهای آگونیست

نام مرکز :

شیفت فعالیت:

ساعت کار مرکز:

نشانی مرکز:

مدارک لازم:

۱. کپی مجوز آگونیست
۲. کپی پروانه مسئول فنی
۳. کپی پروانه مطب
۴. یک قطعه عکس ۳*۴
۵. درخواست کتبی (ثبت شده در دبیرخانه) به معاون محترم درمان دانشگاه
۶. فیش واریزی به مبلغ ۱۱۵۰۰۰ (یکصد و پانزده هزار ریال) به حساب ۲۱۸۱۲۶۲۵۶ بانک رفاه (شعبه بهار) معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی البرز

لطفاً جدول زیر را به دقت تکمیل فرمایید:

کروکی نشانی کلینیک	سر رسید مجوز آگونیست	
	سر رسید پروانه مسئول فنی	
	سر رسید پروانه مطب	
	نام موسس	
	نام مسئول فنی	
	تعداد مددجویان تحت درمان با متادون	
	تعداد مددجویان تحت درمان با بوپره نورفین	
	تعداد مددجویان تحت درمان با تنتور اپیوم	

مسئول فنی :

مهر و امضاء :

