



فرم معرفی بازدید مکان جهت احداث مرکز MMT :

احتراما ، اینجانب تقاضای بازدید از مرکز درمان سوء مصرف مواد مخدر با داروهای آگونیسست به مشخصات زیر را دارم :

واقع در منطقه سال ساخت مترائ متر طبقه.....

آدرس :

.....

تلفن ثابت تلفن همراه تلفن ضروری

کروکی :

قابل توجه متقاضیان معرفی مکان :

- ۱- طبقات سوم و بالاتر باید آسانسور داشته باشد.
- ۲- واحدهای مسکونی نیاز به اخذ رضایت از همسایگان دارد.
- ۳- قبل از بازدید ارائه پلان ضروری است (منظور نقشه مهندسی نیست)
- ۴- گرفتن درخواست متقاضی به معنی تایید مکان نیست و تایید نهایی پس از بازدید بعمل خواهد آمد.
- ۵- تعبیه انبار دارویی و تعبیه روشویی اتاق پزشک الزامی است .
- ۶- ارائه رونوشت از اجاره نامه یا سند مالکیت الزامی است.

اینجانب متقاضی مرکز پیشنهادی متعهد می گردم :

- ۱- مرکز درمان اعتیاد دیگری در آن ساختمان وجود ندارد.
- ۲- مکان معرفی شده در زمان بازدید تخلیه می باشد.
- ۳- مکان معرفی شده در همان منطقه شهرداری که در موافقت اصولی آمده است ، وجود دارد.

مهر و امضاء متقاضی

اینجانب متقاضی تاسیس مرکز درمان وابستگی مواد مخدر با داروهای آگونیست.....
تعهد می نمایم پلان و متراژ ارائه شده در فوق عین واقعیت بوده و در صورت عدم تطابق پلان با فضای
فیزیکی بازدید شده توسط کارشناسان مرتبط معاونت، گزارش اینجانب "گزارش خلاف واقع" محسوب
شده و مسئولیت آن را به عهده می گیرم.