**Konsultacje dla placówek leczenia uzależnienia od alkoholu.**

#### Program konsultacyjny PARPA 2013

#### FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNYM PISMEM!!!!

|  |
| --- |
| **Pełna nazwa placówki leczenia uzależnienia od alkoholu:**  ....................................................................................................................................................................  **Placówka:**   prowadzi samodzielną działalność leczniczą ‪   stanowi część podmiotu prowadzącego działalność leczniczą  **Ósma część kodu resortowego placówki** (4-znakowy): …………………  **Adres placówki** (ulica, miasto, kod pocztowy): ......................................................................................................  **Nr telefonu do placówki** (wraz z nr kierunkowym) .............................. **e-mail** .....................................................  **Kierownik (dyrektor) placówki** (imię i nazwisko, stanowisko) …………………………………………………………..  - jeśli nie ma formalnego kierownika to proszę wpisać osobę uprawnioną do formalnego reprezentowania placówki i podpisywania umów (imię i nazwisko oraz formalne stanowisko) ........................................................................ |
| Jeśli placówka stanowi część podmiotu prowadzącego działalność leczniczą to proszę o podanie danych tego podmiotu *(konieczne do podpisania porozumienia na objęcie placówki programem konsultacyjnym):*  **Pełna nazwa podmiotu**: ............................................................................................................................................  **Adres podmiotu** (ulica, miasto, kod pocztowy) .........................................................................................................  **Nr telefonu do podmiotu** (wraz z nr kierunkowym) ...................................... **e-mail** ...............................................  **Dyrektor podmiotu** lub inna osoba uprawniona do formalnego reprezentowania podmiotu i podpisywania umów w jego imieniu (imię i nazwisko oraz stanowisko) ................................................................................................. |

**Czy placówka brała już udział w programie konsultacyjnym PARPA?** ‪  NIE ‪  TAK, w roku ......

**Uzasadnienie wystąpienia o objęcie placówki programem konsultacyjnym** (problemy z jakimi boryka się placówka, jakie zmiany byłyby korzystne do wprowadzenia przy pomocy konsultanta, itp.):

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Opis sytuacji placówki wskazujący na realną możliwość wprowadzenia konstruktywnych zmian** (w zależności od problemów placówki informacje np. o możliwości zatrudnienia dodatkowej kadry, o otwartości zespołu terapeutycznego oraz kierownictwa na zmiany, itp.)**:** .........................................................................

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Osoba proponowana na konsultanta (od której placówka uzyskała wstępną zgodę)**

Imię i nazwisko konsultanta ............................... ..................................................................................

Kwalifikacje /ze szczególnym uwzględnieniem wymogów zamieszczonych w ogłoszeniu/ .................................. ...................................................................................................................................................................

Nr telefonu .................................................... e-mail .....................................................................

Miejsce pracy ...........................................................................................................................................

**Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz** .........................................................................................

Nr telefonu ....................................................................................................................

e-mail..........................................................................................................................