## **PROGRAM místního šetření**

## **k CERTIFIKACI Odborné způsobilosti ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽEB**

|  |  |
| --- | --- |
| **Typ služby** |  |
| **Název poskytovatele** |  |
| **Název služby** |  |
| **Místo poskytování služby** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum místního šetření** |  |
| **Přítomni za službu** | … (statutární zástupce) … (vedoucí služby) a dále pracovníci … |
| **Certifikační tým** | vedoucí:  členové týmu: |

## **PROGRAM**

|  |  |
| --- | --- |
| **Časový průběh od-do** | **Činnosti** |
|  |  |
|  |  |
|  | Přestávka |
|  |  |
|  |  |

Datum zpracování:

*Odesláno e-mailem na adresu:*