**ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**«ЦЕНТР ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОМАНИИ»**

**СИСТЕМА ДОБРОВОЛЬНОЙ СЕРТИФИКАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРОВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ ДЛЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ**

СЕРТИФИКАТ СООТВЕТСТВИЯ N \_\_\_\_\_\_\_

Выдан

(наименование организации)

Срок действия с " " \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. по " " \_\_\_\_\_\_\_\_ г.

Настоящий сертификат удостоверяет, что деятельность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, соответствуют требованиям системы добровольной сертификации деятельности реабилитационных центров, оказывающих социальные услуги для потребителей наркотиков.

Регистрационный номер

Основание для выдачи сертификата

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

заключение экспертов (дата, номер)

Руководитель органа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МП подпись (Ф.И.О.)

Эксперт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись инициалы, фамилия

Эксперт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись инициалы, фамилия

Сертификат зарегистрирован в Реестре Системы добровольной сертификации деятельности реабилитационных центров, оказывающих социальные услуги для потребителей наркотиков

Дата \_\_\_\_\_