|  |  |
| --- | --- |
| TÊN CQ, TC CHỦ QUẢN1**CƠ SỞ CAI NGHIỆN MA TÚY……2….-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc---------------** |
| Số: /HĐDVCN | *……3……, ngày … tháng … năm ……* |

**HỢP ĐỒNG**

**Dịch vụ cai nghiện ma túy tự nguyện**

*Căn cứ Nghị định số 116/2021/NĐ-CP ngày 21 tháng 12 năm 2021 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của**[Luật Phòng, chống ma túy](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Trach-nhiem-hinh-su/Luat-Phong-chong-ma-tuy-2021-445185.aspx%22%20%5Ct%20%22_blank),**[Luật Xử lý vi phạm hành chính](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Vi-pham-hanh-chinh/Luat-xu-ly-vi-pham-hanh-chinh-2012-142766.aspx%22%20%5Ct%20%22_blank) về cai nghiện ma túy và quản lý sau cai nghiện ma túy;*

*Căn cứ Giấy phép hoạt động cai nghiện ma túy số: /GP-HĐCN ngày … tháng … năm …… do Giám đốc Sở Lao động - Thương binh và Xã hội tỉnh/thành phố …………………… cấp;*

*Căn cứ khả năng thực hiện của Cơ sở ………..2……….. và nhu cầu sử dụng dịch vụ cai nghiện ma túy tự nguyện của ông (bà) …………………………4……………………………….*

***Hôm nay, ngày … tháng … năm …… tại ………………………………………………………..***

***Chúng tôi gồm:***

**I. BÊN CUNG CẤP DỊCH VỤ (BÊN A)**

1. Tên cơ sở: ………………………………………………………………………………………….

2. Họ, tên người đại diện theo pháp luật *(viết in hoa)*: ……………………………………………

Chức danh: ………………………………; Điện thoại: ……………………; Fax: ………………...

3. Số tài khoản: ………………………….. mở tại ngân hàng ……………………………………..

4. Mã số thuế: ………………………………………………………………………………………....

**II. NGƯỜI SỬ DỤNG DỊCH VỤ (BÊN B)**

1. Người cai nghiện/ sử dụng dịch vụ cai nghiện tự nguyện:

Họ và tên *(viết in hoa)*: ………………………………………………; Giới tính:…………………..

Ngày, tháng, năm sinh: ………………………………………………………………………………

Số CCCD/CMND/Hộ chiếu: ………………………………… ngày cấp: ………………………… nơi cấp: …………………………………………………………………………………………………….

Nơi cư trú: …………………………………………………………………………………………….

Số điện thoại liên hệ: ………………………………………………………………………………...

2. Đại diện gia đình, người đại diện theo pháp luật (đối với người từ đủ 12 đến dưới 18 tuổi)

Họ và tên *(viết in hoa)*: ………………………………………………; Giới tính:…………………..

Ngày, tháng, năm sinh: ………………………………………………………………………………

Số CCCD/CMND/Hộ chiếu: ………………………………… ngày cấp: ………………………… nơi cấp: …………………………………………………………………………………………………….

Nơi cư trú: …………………………………………………………………………………………….

Số điện thoại liên hệ: ………………………………………………………………………………...

***Hai bên thống nhất ký hợp đồng dịch vụ cai nghiện ma túy tự nguyện với các điều khoản sau:***

**Điều 1.** Bên A chịu trách nhiệm cung cấp cho bên B dịch vụ cai nghiện ma túy tự nguyện với các nội dung sau:

1. Nội dung dịch vụ:

- Phạm vi (loại) dịch vụ: ………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………..

- Hình thức cung cấp dịch vụ: ……………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………..

- Thời gian, địa điểm cung cấp, sử dụng dịch vụ: …………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………..

2. Chi phí sử dụng dịch vụ và hình thức, địa điểm trả chi phí sử dụng dịch vụ:....

3. Chế độ hỗ trợ đối với người tự nguyện cai nghiện *(đối với cơ sở cai nghiện ma túy công lập)*.

**Điều 2.** Quyền, trách nhiệm các bên trong việc cung cấp, sử dụng dịch vụ cai nghiện ma túy tự nguyện

1. Quyền, trách nhiệm của cơ sở cai nghiện trong việc cung cấp dịch vụ:

…………………………………………………………………………………………………………..

2. Quyền, trách nhiệm của người cai nghiện, gia đình người cai nghiện trong việc sử dụng dịch vụ.

…………………………………………………………………………………………………………..

**Điều 3.** Trách nhiệm do vi phạm hợp đồng; các trường hợp bồi thường thiệt hại, giảm chi phí sử dụng dịch vụ; các trường hợp đơn phương chấm dứt thực hiện hợp đồng dịch vụ hoặc tiếp tục hợp đồng dịch vụ.

**Điều 3.** Hiệu lực và chấm dứt hợp đồng, thanh lý hợp đồng.

1. Hợp đồng này có hiệu lực kể từ ngày … tháng … năm …… đến ngày … tháng … năm ……

2. Thanh lý hợp đồng: ………………………………………………………………………………..

**Điều 4.** Các điều khoản thỏa thuận khác (nếu có)

|  |  |
| --- | --- |
| **ĐẠI DIỆN BÊN B***(Ký, ghi rõ họ tên)* | **ĐẠI DIỆN BÊN A***(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)* |

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

1 Tên cơ quan, tổ chức chủ quản (nếu có)

2 Tên cơ sở cai nghiện ma túy

3 Địa danh

4 Họ tên người cai nghiện/sử dụng dịch vụ