



**SERVEI D'AVALUACIÓ, ACREDITACIÓ I INSPECCIÓ**

<b>SOL·LICITUD D'ACREDITACIÓ D'UN CENTRE HOSPITALARI</b>		
<i>(Marqui l'opció que correspongui:)</i>		
Acreditació nivell I	Acreditació nivell II	Acreditació nivell III
(Marquí l'opció que correspongui):	Acreditació inicial	Renovació
<b>DADES DEL TITULAR</b>		
Nom o Raó Social:		
Domicili:		CIF/NIF:
CP:	Població:	
Tel.:	e-mail:	
<b>REPRESENTANT LEGAL (si el titular és persona jurídica):</b>		
Nom:		
DNI:		Tel.:
<b>DADES DEL CENTRE</b>		
Nom del centre:		
Domicili:		
CP:	Població:	
Tel.:	e-mail:	
<b>A EFECTES DE NOTIFICACIONS:</b>		
Nom o Raó Social:		
Domicili:		CIF/NIF:
CP:	Població:	
Tel.:	e-mail:	

Data:

Firma i nom: (del titular o del representant legal)