#### Programa de Implantación de Buenas Prácticas en Cuidados en

#### Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®

**EXPRESIÓN DE INTERÉS**

**Datos de la institución:**

**Nombre:**

**Dirección Postal completa (calle, nº, CP, localidad, provincia):**

**Nombre completo del/la directora/a de Enfermería:**

**Datos del Líder del Proyecto de Implantación:**

**Nombre completo:**

**Puesto en la institución:**

**Datos de contacto:**

E-mail:

Teléfono fijo:

Teléfono móvil:

**Datos del Colíder del Proyecto de Implantación:**

**Nombre completo:**

**Puesto en la institución:**

**Datos de contacto:**

E-mail:

Teléfono fijo:

Teléfono móvil:



Fdo.:       Fdo.:

Director/a de Enfermería Gerente/a de la institución



Fdo.:    Fdo.:

Líder del proyecto Colíder del proyecto

**Describa brevemente cómo ha surgido la propuesta para presentarse a esta convocatoria. De qué personas de la institución ha surgido esta propuesta y cuáles son sus motivaciones**

**(Máximo 2000 caracteres)**

**Listado, por orden de prioridad, de las Guías de Buenas Prácticas Clínicas (GBP) que su institución está interesada en implantar y evaluar (como mínimo 3 Guías de Buenas Prácticas Clínicas, y como máximo 5):**

**Por favor, explique de forma muy breve cómo, con el conjunto de GBP clínicas seleccionadas estarán implicadas todas las unidades y ámbitos de la institución**

**(Máximo 1000 caracteres)**