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

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

**DECLARACIÓN 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:

Fdo.:       Fdo.:

Director/a de Enfermería Gerente/a de la institución

Fdo.:

Líder 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, especifique cuál de las GBP clínica será de implantación y evaluación en todas las unidades de la institución o, en su defecto, cómo con el conjunto de GBP clínica seleccionadas estarán implicadas todas las unidades de la implantación en la implantación y evaluación.**

**(Máximo 1000 caracteres)**