



SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE UN CENTRO HOSPITALARIO		
<i>(Marque la opción que corresponda)</i>		
Acreditación nivel I	Acreditación nivel II	Acreditación nivel III
<i>(Marque la opción que corresponda):</i>	Acreditación inicial	Renovación
DATOS DEL TITULAR		
Nombre o Razón Social:		
Domicilio:		CIF/NIF:
CP:	Población:	
Tel.:	e-mail:	
REPRESENTANTE LEGAL (si el titular es persona jurídica):		
Nombre:		
DNI:		Tel.
DATOS DEL CENTRO		
Nombre del centro:		
Domicilio:		
CP	Población:	
Tel.:	e-mail:	
A EFECTOS DE NOTIFICACIONES		
Nombre o Razón Social:		
Domicilio:		CIF/NIF:
CP:	Población:	
Tel.:	e-mail:	

Fecha:

Firma y nombre: (del titular o del representante legal)