**FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACREDITACIÓN**

La Gerencia del hospital, Subdirección Médica o Jefatura del Servicio, confirman la veracidad de los datos aportados y acuerda, junto con la unidad de FQ, solicitar su acreditación a la Sociedad Española de Fibrosis Quística.

Nombre de la Unidad:

Nombre del coordinador/ director/ Jefe de la Unidad de Fibrosis Quística:

Hospital:

Comunidad Autónoma:

Nivel de acreditación solicitado:

Justificación de la solicitud

Firma del Solicitante:

Fecha de la solicitud:

Firma de Gerencia del hospital, Subdirección Médica o Jefatura del Servicio

*(Enviar en pdf)*