#### Programa d'Implantació de Bones Pràctiques en Cures en

#### Centres Compromesos amb l'Excel·lència en Cures®

**DECLARACIÓ D'INTERÈS**

**Dades de la institució:**

**Nom:**

**Adreça Postal completa (carrer, núm., CP, localitat, província):**

**Nom complet del/la directora/a d’Infermeria:**

**Dades del Líder del Projecte d'Implantació:**

**Nom complet:**

**Lloc en la institució:**

**Dades de contacte:**

Correu electrònic:

Telèfon fix:

Telèfon mòbil:

Signat:       Signat:

Director/a de Enfermería Gerente/a de la institució

Signat:

Líder del projecte

**Descriviu breument com ha sorgit la proposta per presentar-vos a aquesta convocatòria. De quines persones de la institució ha sorgit aquesta proposta i quins són les seves motivacions**

**(Màxim 2000 caràcters)**

**Llista, per ordre de prioritat, de les Guies de Bones Pràctiques Clíniques (GBP) que la vostra institució està interessada a implantar i avaluar (com a mínim 3 Guies de Bones Pràctiques Clíniques, i com a màxim 5):**

**Per favor, especificau quina de les GBP serà d'implantació en tota la institució o, en defecte d'això, com amb el conjunt de GBP seleccionades per implantar tota la institució estarà implicada en la implantació.**

**(Màxim 1000 caràcters)**