

INSCRIPCIÓN

Registro de Certificaciones, Acreditaciones ó Reconocimientos Externos de servicios o unidades pertenecientes al Servicio Murciano de Salud”



1. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD

GERENCIA

NOMBRE DEL SERVICIO O UNIDAD

DATOS DE CONTACTO

Responsable: (Nombre/ puesto):

Dirección postal:

Teléfono(s):

Correo electrónico:

2. TIPO DE CERTIFICACIÓN / ACREDITACIÓN / RECONOCIMIENTO:

Norma o Programa de Certificación:

ALCANCE:

PERIODO DE VIGENCIA PREVISTO:

Fecha de obtención:

Periodo de validez:

ENTIDAD CERTIFICADORA/ACREDITADORA:

Empresa:

Datos de contacto:

COSTES

Costes previstos para la renovación: