

Anexo 1. Modelo de solicitud

- Nombre de Hospital: _____
- Nombre del solicitante en representación (incluir número socio SEFH):

- Comunidad autónoma: _____

- Ámbito: Público__ Privado__

- Experiencia en calidad (en los últimos 5 años):
 -
 -

- Experiencia en iniciativas MAPEX (en los últimos 5 años):
 -
 -

Por la presente confirmo el compromiso del Servicio de Farmacia del Hospital _____ de realizar el proceso de autoevaluación, envío de la documentación establecida en norma a través de la plataforma de QPEX, proceso de auditoría y las mejoras necesarias para la obtención del sello de calidad que otorga la norma de certificación QPEX-MAPEX de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

Responsable del Servicio:

Responsable Unidad Pacientes Externos:

FDO: _____

FDO: _____

Director Gerente del centro:

FDO: _____

En _____ a _____ de _____ de _____