

FORMULARIO PARA SOLICITUD DE REGISTRO HOSPITAL IHAN

Mediante este formulario usted registra en la página web de la IHAN la intención del hospital de iniciar los cambios para conseguir la acreditación Hospital IHAN



Hospital.....

Dirección

Calle/Avda/Pza.....

Población.....

Provincia.....Comunidad Autónoma.....

Código Postal.....

- Deseamos registrar el Hospital arriba mencionado en su intención de poner en funcionamiento la Iniciativa Hospital IHAN mediante la aplicación de los 10 Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural en la Maternidad y trabajar para conseguir la acreditación del Hospital como Hospital IHAN.
- Estamos informados de que la acreditación se realizará en diversas fases, y que para conseguir la acreditación de cada una de ellas se deberá realizar el pago de los gastos que la IHAN estipule*.

VISTO BUENO DEL RESPONSABLE DEL HOSPITAL:

Cargo (Director, Gerente, Administrador.....)

Nombre.....

Titulación.....

e-mail.....

Dirección Postal.....

Fecha y Firma

VISTO BUENO RESPONSABLE DE LACTANCIA EN EL HOSPITAL:

Cargo.....

Nombre.....

Titulación.....

e-mail.....

Dirección Postal.....

Fecha y Firma

Fdo. Jefe de Servicio de Pediatría/Neonatología	Fdo. Jefe de Servicio de Obstetricia
Fdo. Supervisor de Maternidad	Fdo. Supervisor de Matronas

Puede enviar el formulario cumplimentado y escaneado a secretaria@ihan.es

* La IHAN es una entidad sin ánimo de lucro, las cantidades abonadas estarán destinadas al mantenimiento de la entidad, así como al pago de los evaluadores, dietas y desplazamientos.