

INSTRUCCIONES PARA REALIZAR EL PAGO

Cuenta bancaria para efectuar el ingreso (IBAN):
ES93 2100 1679 1602 0011 2663

IMPORTANTE

1. Efectuar el **ingreso** especificando:

- Datos Entidad Pagadora:
 - Nombre
 - Domicilio
 - Localidad
 - Provincia
 - Código Postal
 - CIF:
- Nombre del Hospital, Centro de salud o relación de Centros de Salud adscritos a la "Iniciativa conjunta de acreditación de CS-IHAN del departamento o área de salud.
- Fase a evaluar (F1D-F2D-F3D-F4D- Reacreditación)

2. Enviar el **justificante de pago** bancario a evaluaciones@ihan.es

3. Enviar el **formulario** de pago con los datos de facturación, a evaluaciones@ihan.es.

En caso de facturación electrónica enviar los siguientes datos a evaluaciones@ihan.es para su tramitación a través de FACE (Plataforma de facturación del Gobierno de España):

Datos Fiscales:

- Nombre
- Domicilio
- Localidad
- Provincia
- Código Postal
- CIF:

Códigos Dir:

- Órgano Gestor:
- Unidad Tramitadora:
- Oficina Contable: