|  |
| --- |
| **PREMIOS EXCELENCIA EN GESTIÓN SANITARIA PARA LA FARMACIA HOSPITALARIA: AUTOADMINISTRACIÓN EN DOMICILIO Y EXPERIENCIA DEL PACIENTE** |
|  |
| **Título Experiencia éxito en Farmacia hospitalaria** (autoadministración domiciliaria y experiencia del paciente) |
|  |
| **Datos del participante de la experiencia inscrito y asistente a las dos sesiones formativas** |
|  |
| **Experiencia de éxito en autoadministración domiciliaria** |
|  |
| **Currículum vitae:** |
|  |

**CARTA FIRMADA**

El abajo firmante avala que ha participado en la experiencia de autoadministración domiciliaria del centro (nombre del hospital) que lleva por título: **XXXXXXXXX**

Y para que conste, se firma el presente documento:

Nombre y apellidos

DNI

Fecha