

**Datos de la institución:**

**Nombre:**

**Dirección Postal (calle, nº, CP, localidad, provincia):**

**Nombre completo del/la Director/a de Enfermería o máximo responsable de cuidados:**

**Datos de contacto:**

E-mail:

Teléfono fijo:

Teléfono móvil:

**Nombre completo del/la Gerente de la institución o máximo responsable de la institución:**

**Número de enfermeras de la institución:**

Fecha: Fecha:

Fdo.:       Fdo.:

Director/a de Enfermería Gerente/a de la Institución

**Razones por la que desea ser candidato al proyecto Nursing Research Challenge**

**Listado de las recomendaciones de cada eje que la institución está interesada en implantar y evaluar**