

SOLICITUD DE AUDITORIA DE CERTIFICACIÓN DE LOS SISTEMAS DE  
PRESCRIPCIÓN Y REPOSITARIOS DE PRESCRIPCIONES DEL  
SISTEMA DE RECETA ELECTRÓNICA PRIVADA (SREP)

NOMBRE EMPRESA SOLICITANTE	
NIF EMPRESA SOLICITANTE	

De acuerdo con los *términos y condiciones para la prestación de servicio de sistemas y repositorios de prescripción certificados en el sistema de receta electrónica privada*, el Sr/Sra \_\_\_\_\_, con DNI/NIE número \_\_\_\_\_ en representación de la empresa \_\_\_\_\_,

**EXPONE que,**

De acuerdo con el apartado 2 del documento *Requisitos de procedimiento de certificación de los Sistemas de Prescripción y Repositorios de Prescripciones del Sistema de Receta Electrónica Privada*, la empresa solicitante dispone de toda la información necesaria para completar el proceso de solicitud de certificación de acuerdo con el esquema de certificación pertinente.

De acuerdo con el apartado 14 del documento *Requisitos de procedimiento de certificación de los Sistemas de Prescripción y Repositorios de Prescripciones del Sistema de Receta Electrónica Privada*, el responsable de la empresa solicitante presenta esta solicitud ante el Registro E/S del CGCOM.

**SOLICITA que,**

Se tenga como presentada esta solicitud de certificación ante el Registro del CGCOM para el aplicativo o plataforma de gestión de recetas electrónicas privadas y para el sistema de prescripción y/o el Repositorio de prescripciones que corresponda, indicadas a continuación,

Nombre aplicativo/plataforma	Sistema Prescripción	Repositorio Prescripciones
<i>Nombre</i>	<i>Si/No</i>	<i>Si/No</i>
<i>Nombre</i>	<i>Si/No</i>	<i>Si/No</i>
<i>Nombre</i>	<i>Si/No</i>	<i>Si/No</i>