



VERSIÓN 02

CÓDIGO DEL DONANTE:

FECHA:

DÍA                      MES                      AÑO

 /  / 

UNIDAD MÉDICA DONANTE:

COORDINADOR/A DE TRASPLANTES:

**TEJIDOS / CÉLULAS**

BANCO:

Responsable :

Tejido / Células Entregado:

Observaciones:

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Entrega):

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Recibe):

**TEJIDOS / CÉLULAS**

BANCO:

Responsable :

Tejido / Células Entregado:

Observaciones:

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Entrega):

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Recibe):

**TEJIDOS / CÉLULAS**

BANCO:

Responsable :

Tejido / Células Entregado:

Observaciones:

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Entrega):

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Recibe):

**TEJIDOS / CÉLULAS**

BANCO:

Responsable :

Tejido / Células Entregado:

Observaciones:

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Entrega):

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Recibe):