

Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT 	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN DE BANCOS DE TEJIDOS Y/O CÉLULAS	FECHA: 17-02-2023
	Versión: 04	CÓDIGO: RG-INDOT-423
	PUBLICADO EN ANALISIS BORRADOR OBSOLETO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 1 de 2

FORMULARIO 001.BT-C

SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN

Lugar y fecha:

Sr(a). Dr(a):

***DIRECTOR (A) EJECUTIVO (A)
 INSTITUTO NACIONAL DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y
 CÉLULAS (INDOT)***

Presente.-

De mi consideración:

En mi calidad de Director Técnico del Banco de Tejidos y/o Células..
, de la ciudad de
me permito solicitar a usted, la

ACREDITACIÓN

REACREDITACIÓN

Como,

- BANCO DE TEJIDOS

MONO TEJIDO

MULTI TEJIDO

Especifique que tipo de tejido:

.....

- BANCO DE CÉLULAS

Me comprometo a dar cumplimiento a todas las regulaciones descritas en la Ley Orgánica de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, su Reglamento general y demás normativas emitidas por el INDOT y estoy consciente que al acceder a la Acreditación o

Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT  República del Ecuador	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN DE BANCOS DE TEJIDOS Y/O CÉLULAS	FECHA: 17-02-2023
	Versión: 04	CÓDIGO: RG-INDOT-423
	PUBLICADO EN ANALISIS BORRADOR OBSOLETO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 2 de 2

Reacreditación deberá dar seguimiento de los procesos establecidos así como a las renovaciones subsiguientes.

Agradezco su atención a la presente.

Atentamente,

Nombre, firma y sello del Representante Legal del establecimiento de salud y/o servicio de apoyo

Nombre, firma y sello del Director Técnico del Banco de Tejidos y/o Células