**GRATUIDAD DE TEJIDOS**

El Banco Nacional de Tejidos y Células- “BANTEC”, instancia técnica del del Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células-INDOT, es un servicio público responsable de la ablación, procesamiento, conservación, almacenamiento, distribución de tejidos a nivel nacional a instituciones pertenecientes a la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria.

El “BANTEC” trabaja con estándares de calidad, garantizando la seguridad en la obtención, procesamiento, almacenamiento y distribución de los tejidos, de acuerdo a las normas técnicas establecidas por organismos nacionales e internacionales.

Por tanto, es indispensable asegurar la recepción gratuita del tejido, dando cumplimiento a lo establecido en el Art. 4.- literal c) y al Art. 5 literal e) de la Ley Orgánica de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células vigente desde marzo de 2011, que respectivamente manifiestan:

*"Gratuidad. - No se podrá ofrecer ni recibir compensación económica o valorable económicamente por la donación de órganos y/o tejidos humanos, por parte del donante o cualquier otra persona natural o jurídica;”*

*“Recibir, oportuna y gratuitamente, todas las facilidades para precautelar su salud, garantizando la asistencia precisa para su restablecimiento, sin perjuicio del lugar donde se realice el proceso de donación y/o trasplante".*

**Dejo constancia de que he sido informado/a sobre el derecho de gratuidad y que el TEJIDO proporcionado no tiene costo.**

Firma del/la Paciente Firma Representante Legal (en caso de requerir)

Nombres/Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombres/Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula Identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cédula Identidad: ­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfonos: ­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfonos: ­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Firma y Sello** del Médico Responsable de Cirugía

Nombres/Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cédula Identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOCUMENTO VÁLIDO ÚNICAMENTE CON SELLOS Y FIRMAS AUTORIZADAS

ESTE DOCUMENTO SE DEBE LLENAR CON TINTA AZUL Y LETRA LEGIBLE NO SE PERMITE RECTIFICACIONES, MANCHONES NI TACHONES.