**FORMULARIO 001- APACGO EXPEDIENTE Nº:**

(Uso exclusivo del INDOT)

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 ………………………………………. con auspicio de la Unidad de Salud

 (escribir profesión)

…………………………………………….…........................................, en la cual laboro, de la

ciudad de ……………………...me permito solicitar a usted, la

**ACREDITACIÓN** **REACREDITACIÓN**

para realizar los procedimientos de procuración y ablación de córneas y globos oculares.

Para el efecto, adjunto toda la documentación requerida para este proceso

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

Agradezco su atención a la presente.

Atentamente,

Firma y sello del Director de la institución o unidad de salud

Nombre:

Firma y Sello del Profesional solicitante

Nombre: