**FORMULARIO 001.AT EXPEDIENTE Nº:**

(Uso exclusivo del INDOT)

**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 Médico del Establecimiento……………………………………….…........................................, de la ciudad de ……………………...me permito solicitar a usted, la

**ACREDITACIÓN** **REACREDITACIÓN**

Para realizar la siguiente actividad:

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo de tejido** | **Tipo de almacenamiento** |
| **Temporal** | **Definitivo** |
| Osteomuscular ligamentoso (refrigerado) |  |  |
| Osteomuscular ligamentoso (no refrigerado) |  |  |
| Piel |  |  |
| Otros (especificar): |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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,

Nombre, firma y sello del Gerente General del Establecimiento

Nombre, firma y sello del Director Médico del Establecimiento