**FORMULARIO 001.PH 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 Salud ……………………………………….…........................................, de la ciudad de ……………………...me permito solicitar a usted, la

**ACREDITACIÓN** **REACREDITACIÓN**

Del Establecimiento de Salud en referencia, para realizar el siguiente procedimiento:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo de trasplante** | **Adulto** | **Pediátrico** |
| Progenitores Hematopoyéticos – Alogénico |  |  |
| Progenitores Hematopoyéticos – Autólogo |  |  |

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 de Salud

Nombre, firma y sello del Director Médico del Establecimiento de Salud