**FORMULARIO 001.BT**

**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 /Gerente General del Banco de Tejidos... ……………………………………….…........................................................, de la ciudad de ……………………...me permito solicitar a usted, la

**ACREDITACIÓN** **REACREDITACIÓN**

Para dar el servicio de:

|  |  |
| --- | --- |
| Procuración |  |
| Ablación |  |
| Procesamiento |  |
| Almacenamiento |  |
| Distribución |  |
| Seguimiento de Pacientes |  |

De tejidos

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 re 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 Servicio de Apoyo

Nombre, firma y sello del Director Médico del Servicio de Apoyo