

 Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN DE PROFESIONALES PARA LA PROCURACIÓN Y ABLACIÓN DE CÓRNEAS Y GLOBOS OCULARES		FECHA: 17-02-2016
			CÓDIGO: RG-INDOT-322
	Versión: 01		PÁGINA: 1 de 2
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/>	EN ANALISIS <input type="checkbox"/>	

FORMULARIO 001- APACGO

EXPEDIENTE N°:

(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 deme 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

	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN DE PROFESIONALES PARA LA PROCURACIÓN Y ABLACIÓN DE CÓRNEAS Y GLOBOS OCULARES				FECHA: 17-02-2016
	Versión: 01				CÓDIGO: RG-INDOT-322
	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO	PÁGINA: 2 de 2
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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: