

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN PARA LABORATORIOS DE HISTOCOMPATIBILIDAD E INMUNOGENÉTICA PARA TRASPLANTES	FECHA: 06-08-2018
	Versión: 02	CÓDIGO: RG-INDOT-352
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 1 de 2

FORMULARIO 001.LAB

SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O RE ACREDITACIÓN PARA LABORATORIOS DE HISTOCOMPATIBILIDAD E INMUNOGENÉTICA PARA TRASPLANTES

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 Gerente General del Establecimiento de Salud, de la ciudad deme permito solicitar a usted, la

ACREDITACIÓN **REACREDITACIÓN**

HLA	
Cross match donante vivo	
Cross match donante cadavérico	
P.R.A	

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN PARA LABORATORIOS DE HISTOCOMPATIBILIDAD E INMUNOGENÉTICA PARA TRASPLANTES	FECHA: 06-08-2018
	Versión: 02	CÓDIGO: RG-INDOT-352
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 2 de 2

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

Agradezco su atención a la presente.

Atentamente,

Nombre, firma y sello de la Máxima Autoridad del Servicio de Apoyo

Nombre, firma y sello del Jefe y/o Director del Laboratorio