 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN DE BANCOS DE TEJIDOS	FECHA: 13-04-2018
	Versión: 01	CÓDIGO: RG-INDOT-423
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 1 de 2

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

 <p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN DE BANCOS DE TEJIDOS				FECHA: 13-04-2018
					CÓDIGO: RG-INDOT-423
	Versión: 01				PÁGINA: 2 de 2
PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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