 Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN PARA EL PROGRAMA DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS	FECHA: 17-05-2016							
	Versión: 01	CÓDIGO: RG-INDOT-346							
	<table border="1"> <tr> <td>PUBLICADO</td> <td>EN ANALISIS</td> <td>BORRADOR</td> <td>OBSOLETO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO						
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

FORMULARIO 001.PH

EXPEDIENTE N°:
 (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 deme 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

	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN PARA EL PROGRAMA DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS				FECHA: 17-05-2016
					CÓDIGO: RG-INDOT-346
	Versión: 01				PÁGINA: 2 de 2
	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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