

 Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN PARA LABORATORIOS DE HLA PARA TRASPLANTES		FECHA: 02-06-2016
			CÓDIGO: RG-INDOT-352
	Versión: 01		PÁGINA: 1 de 2
	PUBLICADO	EN ANALISIS	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMULARIO 001.HLA

EXPEDIENTE N°:
(Uso exclusivo del INDOT)

SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O RE ACREDITACIÓN PARA LABORATORIOS DE HLA 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**

Laboratorio HLA para trasplantes	
----------------------------------	--

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

 <p>Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN PARA LABORATORIOS DE HLA PARA TRASPLANTES				FECHA: 02-06-2016
	Versión: 01				CÓDIGO: RG-INDOT-352
	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO	PÁGINA: 2 de 2
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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 subsiguientes.

Agradezco su atención a la presente.

Atentamente,

Nombre, firma y sello del Gerente General del Establecimiento de Salud

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