 <p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN DE BANCOS DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL				FECHA: 25-05-2017
	Versión: 02				CÓDIGO: RG-INDOT-401
	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO	PÁGINA: 1 de 2
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

FORMULARIO 001.BSCU

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 Sangre de Cordón Umbilical:....., de la ciudad deme permito solicitar a usted, la


ACREDITACIÓN **REACREDITACIÓN**

para realizar:

Procesamiento	
Almacenamiento temporal	
Almacenamiento definitivo	

de muestras de sangre de cordón umbilical recolectadas.

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 renovaciones subsiguientes.

 <p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN DE BANCOS DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL		FECHA: 25-05-2017
			CÓDIGO: RG-INDOT-401
	Versión: 02		PÁGINA: 2 de 2
PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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