

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células <b>INDOT</b>	<b>SOLICITUD DE ACREDITACIÓN Y RE ACREDITACIÓN PARA LABORATORIOS DE HISTOCOMPATIBILIDAD E INMUNOGENÉTICA PARA TRASPLANTE</b>	<b>FECHA:</b> 04-02-2019
	<b>Versión: 03</b>	<b>CÓDIGO:</b> RG-INDOT-352
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	<b>PÁGINA:</b> 1 de 2

**FORMULARIO 001. LHI**

**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:

Representante legal del Laboratorio

Máxima Autoridad del Establecimiento de Salud  , de la ciudad de

.....me permito solicitar a usted, la

**ACREDITACIÓN**     **REACREDITACIÓN**

Laboratorio de Histocompatibilidad e Inmunogenética para trasplantes	
--	--

 <p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>	<b>SOLICITUD DE ACREDITACIÓN Y RE ACREDITACIÓN PARA LABORATORIOS DE HISTOCOMPATIBILIDAD E INMUNOGENÉTICA PARA TRASPLANTE</b>	<b>FECHA:</b> 04-02-2019							
	<b>Versión: 03</b>	<b>CÓDIGO:</b> RG-INDOT-352							
	<table border="1"> <tr> <td><b>PUBLICADO</b></td> <td><b>EN ANALISIS</b></td> <td><b>BORRADOR</b></td> <td><b>OBSOLETO</b></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>	<b>PUBLICADO</b>	<b>EN ANALISIS</b>	<b>BORRADOR</b>	<b>OBSOLETO</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PUBLICADO</b>	<b>EN ANALISIS</b>	<b>BORRADOR</b>	<b>OBSOLETO</b>						
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

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 re acreditación, en caso de ser el único laboratorio acreditado para asumo la responsabilidad de atender a los requerimientos que demanden el servicio, independiente del subsistema al que pertenecen los requirentes; así como dar seguimiento de los procesos establecidos y a las renovaciones subsiguientes.

Agradezco su atención a la presente.

Atentamente,

Nombre, firma y sello del Representante Legal del Laboratorio o Establecimiento de Salud  
*(En caso que el LHI se encuentre dentro de un Establecimiento de Salud)*

Nombre, firma y sello del Responsable Técnico del Laboratorio de Histocompatibilidad e Inmunogenética para trasplantes.