



Provincia: _____ Ciudad: _____ Fecha: _____
Día Mes Año

Señor (a) Doctor (a)

Coordinador Zonal: _____ (1 - 2 - 3)

INDOT

Presente.-

Yo _____ portador de la cédula de ciudadanía N° _____
(NOMBRES Y APELLIDOS)

Médico/Representante legal _____ acreditado de _____
(ESPECIALIDAD) (ESTABLECIMIENTO DE SALUD)

Solicito a usted se autorice la importación de: Tejidos Células Xenoinjertos

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

Provenientes de: _____ de _____
(BANCO DE TEJIDOS/CÉLULAS/XENOINJERTOS) (CIUDAD- PAÍS)

PARA EL RECEPTOR:

Apellidos y nombres: _____ Cédula: _____
 Lugar y fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____ Edad: _____
 Dirección domiciliaria: _____
 Provincia: _____ Cantón: _____ Referencia domicilio: _____
 Teléfono domicilio: _____ Teléfono móvil: _____ Correo electrónico: _____
 Diagnóstico: _____ Procedimiento programado: _____

DICHO PROCEDIMIENTO SE REALIZARÁ:

Lugar y fecha: _____ Provincia: _____ Cantón: _____
 ESTABLECIMIENTO DE SALUD ACREDITADO: _____
 Médico acreditado que realizará el procedimiento: _____

AUTORIZACIÓN DE RETIRO DE ADUANAS:

El tejido o lote _____ serán retirado por el Sr/Sra. _____ con CI: _____
 el mismo que será responsable de la entrega al Establecimiento de Salud Acreditado.

 MÉDICO ACREDITADO
 FIRMA Y SELLO

NOMBRE:
 C.I.

* Llenar y entregar el Formulario INDOT-IT -175 por cada uno de los tejidos, células o xenoinjertos solicitados. **Adjuntar listado en caso de lotes.**
 * Los datos del procedimiento de trasplante serán remitidos en el FORMULARIO -INDOT -IT -177 en un lapso de 5 (cinco) días posteriores al trasplante.