


Instituto Nacional de Donación y Transplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT 	SOLICITUD DE IMPORTACIÓN DE TEJIDOS, CÉLULAS Y/O XENOINJERTOS				FECHA: 25-03-2024
	VERSIÓN: 04				CÓDIGO: RG-INDOT-175
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/>	EN ANÁLISIS <input type="checkbox"/>	BORRADOR <input type="checkbox"/>	OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 1 de 1

Provincia _____ Ciudad _____ Fecha _____
(día/mes/año)

Señor (a) Doctor (a)
 Coordinador Zonal: _____ (1 - 2 - 3)
 INDOT

Presente,

Yo _____ con número de cédula Nro. _____
 (Nombres y Apellidos)

con el cargo de _____ acreditado en _____
 (Cargo/Especialidad) (Establecimiento de salud/servicio de apoyo)

Solicito a usted se autorice la importación de: Tejidos _____ Células _____ Xenoinjertos _____
 (Marque con X)

1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

Provenientes de _____ de _____
 (Banco Exportador) (Ciudad – País)

INFORMACIÓN DEL RECEPTOR (SOLO PARA TEJIDO CORNEAL)

Apellidos y nombres _____ Cédula _____
 Edad _____ Nacionalidad _____ Provincia _____ Cantón _____
 Dirección domicilio _____
 Teléfono móvil _____ Correo electrónico _____
 Diagnóstico _____ Procedimiento programado _____

INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO (SOLO PARA TEJIDO CORNEAL)

Lugar y fecha _____ Provincia _____ Cantón _____
 Establecimiento de salud _____
 Nombres y apellidos del médico _____

AUTORIZACIÓN PARA RETIRO DE TEJIDOS, CÉLULAS Y/O XENOINJERTOS DEL SERVICIO DE ADUANA **

El tejido, célula, xenoinjerto y/o lote será retirado por la/el Sra./Sr. _____
 con número de CI: _____

 Firma del solicitante

Nombres y apellidos:

Cargo / Especialidad:

CI:

* Llenar y entregar el Formulario RG-INDOT-175 por cada tejido corneal solicitado.

* En caso de tejidos y/o xenoinjertos en lote adjuntar listado.

** El personal y los procesos de desaduanización, transporte, almacenamiento y distribución es de responsabilidad exclusiva del solicitante.