

VERSIÓN 03

CÓDIGO DEL DONANTE:

FECHA:

DÍA

MES

AÑO

UNIDAD MÉDICA DONANTE:

COORDINADOR/A DE TRASPLANTES:

TEJIDOS / CÉLULAS

BANCO:

Responsable :

Tejido / Células Entregado:

Observaciones:

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Entrega):

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Recibe):

TEJIDOS / CÉLULAS

BANCO:

Responsable :

Tejido / Células Entregado:

Observaciones:

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Entrega):

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Recibe):

TEJIDOS / CÉLULAS

BANCO:

Responsable :

Tejido / Células Entregado:

Observaciones:

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Entrega):

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Recibe):

TEJIDOS / CÉLULAS

BANCO:

Responsable :

Tejido / Células Entregado:

Observaciones:

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Entrega):

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Recibe):