

Autorización para profesionales y equipos profesionales. Ley 27.447

La presente reviste carácter de declaración jurada

Uso exclusivo para el registro de profesionales autorizados para implante de tejidos

Datos del solicitante

Apellido/s:

Nombre/s:

Tipo de documento: DNI DNIM DNIF LE LC CI Pasaporte Número:

Tipo y N° de matrícula: Especialidad médica:

Domicilio particular

Calle: Nro: Piso: Dpto:

Localidad: Provincia:

Partido/departamento: CP:

Teléfono fijo: Tel. celular:

Correo Electrónico:

Gestiona autorización en calidad de

Integrante del Registro de Profesionales Autorizados para implante de tejidos

Dependiente de establecimiento

Público Privado Otro

Nombre oficial del establecimiento donde realizará las prácticas de trasplante:

Autorización para

- IMPLANTE
- Piel
- Esclera
- Tejido musculoesquelético y osteoarticular
- Membrana Amniótica
- Homoinjertos valvulares, Vasculares y Otros Tejidos
-
-

Declaramos conocer y aceptamos las normas legales y administrativas vigentes sobre implantes de tejidos.

Lugar: Fecha: / / (dd/mm/aaaa)

Solicitante: -----
Firma

Aclaración

Director del Establecimiento: -----
Firma

Aclaración