



Autorización para profesionales para Banco de Tejidos. Ley 27.447

La presente reviste carácter de declaración jurada

Datos del solicitante

Apellido/s:

Nombre/s:

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

Tipo y N° de matrícula: Profesión:

Domicilio

Calle: Nro: Piso: Dpto:

Localidad: Provincia:

Partido/departamento: CP:

Teléfono fijo: Tel. celular:

Correo Electrónico:

Gestiona autorización en calidad de

Director Médico Director Técnico Técnico Ablacionista Responsable de Calidad

Nombre oficial del establecimiento donde realizará las prácticas de trasplante

Datos del Banco

Calle: Nro:

Localidad: Provincia:

Partido/departamento: CP:

Teléfono fijo: Fax:

Correo Electrónico: Web:

Nombre del establecimiento al que pertenece:

Jurisdicción: Público Privado

Dependencia

Nacional Fuerzas Armadas Obra Social
 Municipal Fuerzas de Seguridad
 Provincial Universitaria

Declaramos conocer y aceptamos las normas legales y administrativas vigentes sobre ablación de órganos, tejidos y células

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

Solicitante:
Firma

.....
Aclaración

Director Médico del Banco:
Firma

.....
Aclaración

Director del Establecimiento:
Firma

.....
Aclaración