

## Autorización para profesionales para Banco de Tejidos. Ley 24.193 y Decreto 512/95

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 número de matrícula:  Profesión:

### Domicilio

Calle:  Nro:  Piso:  Dpto:

Localidad:  Provincia:

Partido/departamento:  CP:

Teléfono fijo:  Teléfono 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

Municipal  Fuerzas Armadas  Universitaria  
 Provincial  Fuerzas de Seguridad  Obra Social  
 Nacional

### Documentación que acompaña:

Fotocopia autenticada de título profesional  
 Fotocopia autenticada de título de especialista  
 Antecedentes profesionales en castellano compuesto de \_\_\_\_\_ fojas

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 .....