

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