

## Autorización para profesionales para Banco de Tejidos. Ley 2+.( + y Decreto% /&\$%

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 .....