

Servicio Provincial de Procuración**Despacha:**

<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>	<i>Hora</i>
			:

Nº de Contenedor:

Retira/Recibe:

Nombre y apellido:.....

Tipo de Doc y Nº Teléfono:.....

Destino:
 Centro de Trasplante Banco de tejidos Banco de células
Nombre del centro/banco:

Domicilio:..... Nº:..... Piso:.....

Localidad:..... CP:.....

Partido:..... Provincia:.....

Teléfono:..... Fax:.....

Médico a Cargo: Tipo y Nº de matrícula:.....

Al ser retirado el órgano / tejido / célula el profesional a cargo se compromete a entregar al SPPOyC dentro de los 7 (siete) días posteriores a la presente el CERTIFICADO DE IMPLANTE correspondiente.

Al ser retirado el órgano/ tejido/ célula el profesional a cargo se compromete a entregar al SPPOyT dentro de las 48hs. posteriores a la presente el contenedor de traslado para material biológico.

 Firma y aclaración del que entrega

 Firma y aclaración del que recibe