

Servicio Provincial de Procuración

Despacha:

Día	Mes	Año	Hora
			:

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:.....

Datos del paciente:

Nombre y apellido:.....

DNI:

Obra social:

Al ser retirado el órgano / tejido / célula el profesional a cargo se compromete a entregar al SPPOtyC 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/sello del que entrega

Firma y aclaración/sello del que recibe