CUCAIBA
Centro Unico Coordinador de Ablación e implante de la Provincia de Buenos Aires

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

H3EQ - EQUIPO DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS

EQUIPO: .....

	NOMBRE Y APELLIDO	MATRÍCULA PROFESIONAL	ESPECIALIDAD
Jefe	.....	.....	.....
Subjefe	.....	.....	.....
Integrantes			
1	.....	.....	.....
2	.....	.....	.....
3	.....	.....	.....
4	.....	.....	.....
5	.....	.....	.....
6	.....	.....	.....
7	.....	.....	.....
8	.....	.....	.....
9	.....	.....	.....
10	.....	.....	.....
11	.....	.....	.....
12	.....	.....	.....
13	.....	.....	.....
14	.....	.....	.....
15	.....	.....	.....
16	.....	.....	.....
17	.....	.....	.....
18	.....	.....	.....
19	.....	.....	.....
20	.....	.....	.....
Director del Establecimiento	.....	.....	.....

☐ Primera autorización ☐ Renovación de autorización

Documentación que acompaña:

En caso de incorporar nuevos integrantes deberá adjuntarse planilla de AUTORIZACIÓN DE PROFESIONALES PARA TRASPLANTE DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS CORRESPONDIENTE.

Lugar:.....Fecha:...../...../.....

Jefe de Equipo _____ _____
FIRMA ACLARACIÓN

Director del Establecimiento _____ _____
FIRMA ACLARACIÓN