1. **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**
2. **CENTRO PARA EL CONTROL ESTATAL**
3. **DE MEDICAMENTOS, EQUIPOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS**
4. **(CECMED)**
5. **TRÁMITE DE SOLICITUD DE OBTENCIÓN DEL**
6. **CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE ESTABLECIMIENTO DE SANGRE**

|  |
| --- |
| 1. **PARA USO EXCLUSIVO DEL CECMED**
 |
| 1. Número de entrada:
 | 1. Fecha de recepción de la solicitud:
2. (aaaa-mm-dd)
 | 1. Presentada por el cliente
2. Recibida por correo ordinario o mensajería
 |
| 1. **EVALUACIÓN PRELIMINAR**
 |
| 1. Realizada por:
 | 1. Fecha:
2. (aaaa-mm-dd)
 | 1. Firma:
 |
| 1. **Decisión**
 | 1. **Notificada a**
 | 1. **Fecha**
 |
| 1. Aceptación
 |  | 1. (aaaa-mm-dd)
 |
| 1. Solicitud de información adicional
 |  | 1. (aaaa-mm-dd)
 |
| 1. Rechazo
 |  | 1. (aaaa-mm-dd)
 |

|  |
| --- |
| 1. **PARA USO DEL SOLICITANTE**
 |
| 1. **TITULAR DEL CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE ESTABLECIMIENTO DE SANGRE**
 |
| 1. Nombre:
 |
| 1. Calle:
 | 1. Número:
 |
| 1. Entrecalles:
 |
| 1. Reparto:
 | 1. Municipio:
 | 1. Provincia:
 |
| 1. Teléfono(s):
 | 1. Fax:
 | 1. Correo electrónico:
 |
| 1. **PERSONA DE CONTACTO PARA EL TRÁMITE**
 |
| 1. Nombre(s) y apellidos:
 |
| 1. Calle:
 | 1. Número:
 |
| 1. Entrecalles:
 |
| 1. Reparto:
 | 1. Municipio:
 | 1. Provincia:
 |
| 1. Teléfono(s):
 | 1. Fax:
 | 1. Correo electrónico:
 |
| 1. Operación(es) para la(s) que se solicita el Certificado de BPBS:
 |
| 1. ADJUNTOS: Guía de Autoevaluación del Establecimiento de Sangre SI NO
2. Fecha: (aaaa-mm-dd)
 |

1. El solicitante del Certificado de Buenas Prácticas de Establecimientos de Sangre **DECLARA** que la información antes descrita es verídica y coincide exactamente con la documentación que se adjunta.
2. Fecha de la solicitud: (aaaa-mm-dd)
3. Firma del solicitante: