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: