

SOLICITUD DE INFORMACIÓN EXTERNA

DATOS DEL SOLICITANTE

FECHA

No.

NOMBRE DEL SUJETO OBLIGADO:

CONSEJO ESTATAL DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

NOMBRE DEL SOLICITANTE

NOMBRE(S) DE LOS AUTORIZADOS:

DOMICILIO(Para recibir notificaciones)

TELÉFONO

FAX

EMAIL

DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE SOLICITA

[Empty box for description of the information requested]

FORMA EN LA QUE DESEA SE LE ENTREGUE LA INFORMACIÓN

- 1) Consultar física o directamente - Sin costo
- 2) Reproducción de documentos
 - CD - Con costo
 - Copia certificada - Con costo
 - Copia simple - Con costo
 - Diskette - Con costo
 - Otro medio
- 3) Informe Especifico - Sin costo
- 4) Combinaciones de las anteriores

FIRMA DEL SOLICITANTE

¿SE ENTREGO LA INFORMACIÓN?

SI

NO

OBSERVACIONES

FECHA DE ENTREGA: