

FAVOR DE IMPRIMIR EN HOJA MEMBRETADA DEL

CENTRO DE TRASPLANTE

DATE: MM/DD/YYYY

NMDP RID: XXX-XXX-X

NMDP DID: XXXX-XXXX-X

Sitio de Recolección:

CARTA DE ACEPTACIÓN DEL CENTRO

A quien corresponda:

RID# XXX-XXX-X, es un paciente en nuestro programa de trasplante de médula ósea con diagnóstico de (Insert patient disease) que requiere un trasplante y está aprobado por las políticas de nuestro programa para proceder con el trasplante. (Insert name of patient's treating physician) es el médico tratante del paciente y está autorizado por nuestro programa de trasplantes alogénicos, por lo que está calificado y acreditado para realizar el trasplante.

Por este medio, solicito y formalizo expresamente la aceptación de células progenitoras hematopoyéticas provenientes de su establecimiento (Insert AC name) en (Insert collection site address) con el propósito de fines terapéuticos para el paciente mencionado anteriormente.

Apreciamos su comprensión y atención a esto como un asunto urgente.

Sinceramente,

Transplant Center Coordinator, Title

Transplant Center Name

Address as noted on the FDA Registration

City, State, Zip Code

Telephone Number

