****

|  |
| --- |
| **FORMULARIO DE REGISTRO AL PEEC: PNCQ-COLABIOCLI** |

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS INSTITUCIONALES** | |
| **NOMBRE ENTIDAD NACIONAL QUE PATROCINA AL LABORATORIO PARTICIPANTE** |  |
| **NOMBRE DEL LABORATORIO DEL INTERESADO EN PARTICIPAR EN EL PEEC- PNCQ- COLABIOCLI** |  |
| **RESPONSABLE DEL LABORATORIO** |  |
| **DIRECCIÓN DEL LABORATORIO** |  |
| **TELÉFONO** |  |
| **CELULAR** |  |
| **CIUDAD** |  |
| **PAIS** |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**(\*)** Debe acompañarse de una nota de la sociedad ratificando que el laboratorio pertenece a la Entidad Nacional

**DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE:**

(Para ser firmada y sellada por el Laboratorio Participante).

Declaro que las respuestas ofrecidas por mi persona, así como la documentación que anexo, son ciertas y correctas.

En caso de ser aceptada mi solicitud y ser beneficiado de participar en el PROGRAMA PILOTO DEL PROGRAMA DE EVALUCION EXTERNA DE LA CALIDAD EN CONVENIO ENTRE LA CONFEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE BIOQUÍMICA CLÍNICA (COLABIOCLI) Y EL PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE CALIDAD DEL BRASIL (PNCQ) acepto:

Seguir las instrucciones y ajustarme a las condiciones que están estipuladas en los reglamentos de COLABIOCLI.

**FIRMA LABORATORIO SOLICITANTE**