Eu, ..., **médico transplantador**, CRM ....., necessito dos tecidos oculares do Banco de Olhos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP pra transplante de córneas e/ou escleras.

Declaro que li as orientações do Manual do Transplantador emitido pelo Banco de Olhos e me responsabilizo pelos cuidados dos profissionais contratados no transporte dos tecidos até a minha Equipe.

Instituição transplantadora:

End: _____

No ato do recebimento dos tecidos será verificada qualquer não conformidade e comunicada imediatamente ao Banco de Olhos.

....., ... de ..... de 202....

.....

Assinatura