CLÍNICA San Rafael	NOMBRE **TRANSPORTE DE HEMOCOMPONENTES**		CÓDIGO **ST-FT-041**
	TIPO DE DOCUMENTO **FORMATO**	PROCESO **MISIONAL**	VERSIÓN 001

FECHA	HORA	BANCO DE SANGRE	HEMOCOMPONENTE	N° DE UNIDAD	N° SELLO DE CALIDAD	T° ENTREGA	PERSONAL DEL SGPT QUE ENTREGA Y RECIBE	TÉCNICO RADIOLOGIA RECIBE Y ENTREGA	HORA	T° ENTREGA

NOTAS: