

**ESTATUS BANCO IDA**

**FORMA DE ADHESIÓN PARA EL DEPÓSITO DE MICROORGANISMOS CON FINES DE PATENTAMIENTO**

**RECONOCIDO POR EL TRATADO INTERNACIONAL DE BUDAPEST**

|  |
| --- |
| *Para ser completado por el Banco* N° acceso:  N° ingreso:  Fecha de recepción: |

Colección Chilena de Recursos Genéticos Microbianos (CChRGM) Avenida Vicente Méndez N° 515

Chillán

CHILE

**Tel.:** +56 42 2206773

**E-mail:** deposito@inia.cl

|  |  |
| --- | --- |
| **I. IDENTIFICACIÓN DEL MICROORGANISMO** (Información utilizada en el Certificado de Depósito) | |
|  | |
| **II. CONDICIONES PARA EL CULTIVO** | |
|  | Rango de pH antes de esterilización: |
| Medio del cultivo:  Descripción del medio: | Esterilización: min a: |
| Rango de pH después de esterilización: |
| Requerimientos de oxígeno: |
| Aeróbico (Sí) |
| microaerofílico |
| anaerobio obligado |
| Requerimientos específicos de gases: |
| Temperatura de incubación: |
| Tiempo de incubación: |
| Almacenamiento a corto plazo: |
| Intervalo de transferencia/ otros: |
| **III.CARACTERISTICAS DE CULTIVO** | |
|  | |
| **IV. CONDICIONES ÓPTIMAS PARA EVALUAR LA VIABILIDAD** | |
|  | |
| **V. GRUPO DE RIESGO DEL MICROORGANISMO** (marcar con una x cuando corresponda) | |
|  | |

Página **1** de **2**

|  |
| --- |
| **VI. MICROORGANISMO ES GENÉTICAMENTE MODIFICADO** |
|  |
| **VII. DATOS ADICIONALES** (en caso de ser transferido a la colección pública de la CChRGM) |
|  |
| **VIII. DESTINO DEL CULTIVO DESPUÉS DE TERMINADO EL PERIODO DE CONSERVACIÓN EN LA CChRGM** |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | El cultivo puede ser transferido a la colección pública de la CChRGM | Si | No | | El cultivo debe ser devuelto al depositante | Si | No | | El cultivo debe ser destruido por el banco de la CChRGM | Si | No | |  |  |  | |
| **IX. DATOS DEL DEPOSITANTE** (en caso de ser transferido a la colección pública de la CChRGM) |
| |  |  | | --- | --- | | Institución/ Entidad Legal |  | | RUT Institución/ Entidad Legal |  | | Dirección Institución / Entidad legal |  | | Teléfono |  | | Firma representante Institución |  | | Nombre y cargo de la (s) persona (s) que deposita (n) |  | | Email de la (s) persona (s) que deposita (n) |  | | Persona (s) de contacto (en caso que diferiera del depositante) |  | | Email de la Persona (s) de contacto |  | |

*Este formulario de depósito firmado es el contrato entre el Depositante (donante) y la CChRGM en su estatus privado. Para el caso de que se trate de una persona jurídica, deben firmar dos representantes, designados oficialmente por dicha entidad.*

Página **2** de **2**