

**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**