**FORMATO DE ENTREGA DE CEPAS**

|  |  |
| --- | --- |
| No. Control |  |
| Fecha |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS DEL SOLICITANTE** | |
| Nombre: |  |
| Institución: |  |
| Domicilio: |  |
| Teléfono: |  |
| e-mail: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN SOBRE LA(S) CEPA(S) QUE SE ENTREGAN** | | | | | |
| Especie: | | | | | |
| Axénica: | | Clonal: | | | Unialgal: |
| Clave(s): | | |  | | |
| Tipo aislamiento: | | |  | | |
| Localidad de aislamiento: | | |  | | |
| Coordenadas geográficas: | | |  | | |
| Persona que realizó la colecta: | | |  | | |
| Persona que realizó la identificación taxonómica: | | |  | | |
| Persona que realizó el aislamiento: | | |  | | |
| Medio de cultivo utilizado: | | |  | | |
| Condiciones de cultivo | | | | | |
| Temperatura  (°C) | Ciclo de Luz-oscuridad  (h) | | | Periodicidad de su mantenimiento (días) | |
|  |  | | |  | |
| Observaciones: | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Dra. Lourdes Morquecho E.  Curadora | Nombre y firma en el entendido de que recibió inóculos vivos de las cepas solicitadas |