**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 |