**FORMATO DE SOLICITUD DE CEPAS**

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Especie | Clave | ¿Requiere cotización? |
|  |  | Si |
|  |  |
|  |  |
|  |  | No |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **DETALLES PARA EL ENVÍO** |
| Nombre de quien atenderá la recepción del germoplasma |  |
| Si es el caso, nombre de quien recogerá el germoplasma en el CIBNOR-La Paz |  |
| Domicilio (incluir código postal) |  |
| Teléfono |  |
| e-mail |  |
| Servicio de mensajería exprés más eficaz en su localidad |  |
|  |
| Nombre y firma del solicitante en el entendido de que acepta el procedimiento y reglas de solicitud de cepas de la CODIMAR |
| Favor de enviar este formato a: | Lourdes Morquecho (Curadora) lamorquecho@cibnor.mx |