ПРОСЬБА

О ДЕПОНИРОВАНИИ ШТАММА МИКРООРГАНИЗМА

|  |  |
| --- | --- |
| **КУДА:** | Государственное научное учреждение «Институт микробиологии Национальной академии наук Беларуси», 220084 г. Минск ул. акад. Купревича, 2, Республика Беларусь |
| **КОМУ:** | Директору Института микробиологии НАН Беларуси, к.т.н, доценту Шепшелеву А.А. |

*Полное название организации* просит о депонированииштамма микроорганизма по форме «*гарантийное хранение» (сроком на 5 лет) или «национальное патентное депонирование» (указать желаемую форму и срок депонирования).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | НАЗВАНИЕ ШТАММА МИКРООРГАНИЗМА: | *Название и обозначение**штамма* |
| 2. | НАУЧНОЕ ОПИСАНИЕ И/ИЛИ ТАКСОНОМИЧЕСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ШТАММА МИКРООРГАНИЗМА: | Паспорт штамма прилагается |
| 3. | УСЛОВИЯ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ,ХРАНЕНИЯ, РЕАКТИВАЦИИ: | Приведены в паспорте |
| 4. | СПРАВКА О РЕЗУЛЬТАТАХ ПРОВЕРКИ КУЛЬТУРЫ НА ПАТОГЕННОСТЬ И/ИЛИ УКАЗАНИЕ СВОЙСТВ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИХ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ: | Справка прилагается*(если нет справки, ставим прочерк)* |
| 5. | ДЕПОЗИТОР: | *Полное название организации-депозитора штамма*  |
| 6. | НАЗВАНИЕ ПРОГРАММЫ, ПОДПРОГРАММЫ, ЗАДАНИЯ НИР, В РАМКАХ КОТОРОЙ ПОЛУЧЕН ШТАММ | *Указать программу, подпрограмму, задание НИР или поставить прочерк* |
| 7. | РАСЧЕТНЫЙ СЧЕТ: | *Реквизиты организации, сдающей штамм на депонирование* |

Оплату за депонирование гарантируем

Директор *название организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО*

 *Дата* МП

*Пояснения, набранные курсивом, перед распечаткой документа следует удалить!*