

CODIGO DE ENSAYO DE APTITUD 23-INM-EA-01

**ENSAYO DE APTITUD PARA LA DETECCIÓN DE *Fusarium oxysporum*
f.sp. *cubense* Raza 4 Tropical a partir de ADN GENÓMICO**

DATOS DEL LABORATORIO PARTICIPANTE

Nombre de
Empresa/Laboratorio

Dirección

Ciudad

Teléfono

DATOS DE LA PERSONA DE CONTACTO
(Responsable del laboratorio)

Nombre

Cargo

Teléfono / Celular

Correo Electrónico

La participación tiene un valor de: \$ 0 COP

REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN

CARACTERÍSTICAS

Cumplir con los requisitos establecidos en la sección “**REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN**” del protocolo preliminar.

Deben realizar todo el proceso de inscripción a través de nuestro portal en línea: <http://servicios.inm.gov.co/portal/> seleccionar el ensayo de aptitud del que desean participar y **adjuntar toda la documentación requerida.**

RESPONSABLE LABORATORIO

FIRMA: _____

NOMBRE: _____

FECHA: ____ / ____ / ____
Año / Mes / Día

FECHA LIMITE DE INSCRIPCIÓN: 2023-04-05

CAPACIDAD MAXIMA DE PARTICIPANTES: 30