



**Autorité de dépôt internationale du Canada**

**Formule ADIC/BP/10**

Laboratoire national de microbiologie  
Agence de santé publique du Canada  
1015, rue Arlington, Winnipeg (Manitoba), Canada R3E 3R2  
téléphone : (204) 789-6030 télécopieur : (204) 789-2018

**Demande d'échantillon d'un office de la propriété industrielle  
(en vertu de la règle 11.1 du Règlement d'exécution du *Traité de Budapest*)**

Le soussigné, office de la propriété industrielle d'un État contractant ou organisation intergouvernementale de propriété industrielle, demande par la présente que l'ADIC fournisse un échantillon du dépôt identifié ci-dessous, aux fins de la procédure en matière de brevets. Il s'engage à ce que ledit échantillon et toute information l'accompagnant ou en découlant ne soient utilisés qu'aux fins de la procédure en matière de brevets décrite ci-dessous.

**I. Identification du dépôt**

Numéro d'ordre du dépôt : \_\_\_\_\_

**II. Déclaration**

Il est par les présentes déclaré :

que la demande de brevet n° \_\_\_\_\_ se rapportant au dépôt identifié ci-dessus a été présentée à cet office le (AAAA-MM-JJ) \_\_\_\_\_ en vue de la délivrance d'un brevet et que son objet se rapporte au dépôt ou à son utilisation;

que la demande internationale (PCT) n° \_\_\_\_\_ présentée le (AAAA-MM-JJ) \_\_\_\_\_ et se rapportant au dépôt identifié ci-dessus, désigne pour les fins de la délivrance d'un brevet, l'État partie au Traité de coopération en matière de brevets dont cet office est l'office désigné aux fins dudit traité et que son objet se rapporte au dépôt ou à son utilisation;

que la demande de brevet est en instance devant cet office;      Oui      Non

que la demande de brevet a mené à la délivrance du brevet n° \_\_\_\_\_ le (AAAA-MM-JJ) \_\_\_\_\_.

**III. Demande d'informations**

L'Office soussigné                      demande                      ne demande pas

l'indication des conditions utilisées par l'autorité de dépôt internationale pour cultiver et conserver le dépôt

**IV. Office de la propriété industrielle**

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Date (AAAA-MM-JJ) : \_\_\_\_\_

Signature de la (des) personne(s) autorisée(s) à représenter l'OPI :  
\_\_\_\_\_

Les documents originaux signés doivent être soumis par courrier ordinaire ou service de messagerie.