****

|  |
| --- |
| Solicitud de Mediación OMPI |

**1. Partes**

Sírvase proporcionar la siguiente información de contacto:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Parte solicitante** | | | **Otra parte** | |
| 1. **Datos del solicitante** | | | 1. **Datos de la otra parte** | |
| Nombre y Apellido / Razón Social: |  |  | Nombre y Apellido / Razón Social: |  |
| Representante Legal (si aplica): |  |  | Representante Legal (si aplica): |  |
| Documento de Identificación / Nit.: |  |  | Documento de Identificación / Nit.: |  |
| Ciudad y País de domicilio: |  |  | Ciudad y País de domicilio: |  |
| Teléfono: |  |  | Teléfono: |  |
| Correo electrónico: |  |  | Correo electrónico: |  |
| Dirección: |  |  | Dirección: |  |
| **Datos del apoderado** | | | **Datos del apoderado** | |
| Nombre y apellido: |  |  | Nombre y apellido: |  |
| Documento de Identificación: |  |  | Documento de Identificación: |  |
| Tarjeta Profesional: |  |  | Tarjeta Profesional: |  |
| Teléfono: |  |  | Teléfono: |  |
| Correo electrónico: |  |  | Correo electrónico: |  |
| Dirección: |  |  | Dirección: |  |

**2. Controversia**

Sírvase proporcionar una breve descripción de la controversia:

|  |
| --- |
|  |

**3. Aceptación de someter la controversia a mediación de la OMPI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Parte solicitante** | | **Otra parte** | |
| La parte solicitante o su representante debidamente facultado, acepta someter a mediación la controversia descrita arriba de acuerdo con el Reglamento de Mediación de la OMPI.  Sírvase firmar este formulario y remitirlo a arbiter.mail@wipo.int y a la otra parte. | | La otra parte o su representante debidamente facultado, acepta someter a mediación la controversia descrita arriba de acuerdo con el Reglamento de Mediación de la OMPI.  Sírvase firmar este formulario y remitirlo a arbiter.mail@wipo.int y a la parte. | |
| Lugar: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Lugar: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Fecha: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Firma: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Firma: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |