

	URZĄD MORSKI W SZCZECINIE INSPEKTORAT BEZPIECZEŃSTWA ŻEGLUGI ul. Jana z Kolna 9, 71-603 Szczecin ul. Wybrzeże Władysława IV 7, 72-600 Świnoujście (filia) al. Henryka Sienkiewicza 18, 76-200 Słupsk, (filia)	Tel.: 91 4403594, 91 4403559 (filia Świnoujście) 59 8474212 (filia Słupsk) Fax: 91 4403385, 91 4403564 (filia Świnoujście) 59 8474226 (filia Słupsk) e-mail: ibz@ums.gov.pl Świnoujście: ibzs@ums.gov.pl Słupsk: ibzsl@ums.gov.pl
	Zgłoszenie Audytu ISM (form. ISM) Notification of an ISM Audit / shipowner office (DOC) - (ISM Form)	

Data przyjęcia :	Podpis osoby przyjmującej:	1.	Informacje o audycie ISM		1.1	Data			Nr zlecenia					
		1.2	Niniejszym zlecam przeprowadzenie audytu ISM					w biurze armatora ☐ / statku ☐ *						
		wstępny ☐ /certyfikacyjny ☐ /roczny ☐ /pośredni ☐ /odnowieniowy ☐ /dodatkowy ☐ /inny* :												
		1.3	Nazwa Armatora											
		1.4	Adres Armatora											
		1.5	Rodzaje Statków				1.6	Company IMO Nr						
		1.7	Nazwa statku (jeśli dotyczy)						1.8	Typ statku				
		1.9	Port macierzysty						1.10	Brutto				
		1.11	Nr IMO						1.12	Klasyfikator				
		1.13	Sygnał wywoławczy						1.14	Transport		UM ☐ /armator ☐ *		
		1.15	Miejsce audytu						1.17	Zmiana terminu / miejsca:				
		1.16	Proponowany termin audytu											
		Skladający wniosek wypełnia pola białe. Pola szare tylko do zapisów urzędowych. * właściwe zaznaczyć ** należy dołączyć wniosek o zwolnienie z wymagań konwencji wraz z uzasadnieniem		2.	Celem niniejszego zgłoszenia jest: (odpowiednio zaznaczyć w tabeli)				wydanie		potwierdzenie / przedłużenie		wymiana	
				2.1	Tymczasowego Dokumentu Zgodności				☐		☐		☐	
				2.2	Dokumentu Zgodności				☐		☐		☐	
				2.3	Tymczasowego Międzynarodowego Certyfikatu Zarządzania Bezpieczeństwem				☐		☐		☐	
2.4	Międzynarodowego Certyfikatu Zarządzania Bezpieczeństwem				☐		☐		☐					
2.5	Inne (opisać działanie)													
3.	Dane kontaktowe zamawiającego													
3.1	Imię i nazwisko zamawiającego													
3.2	telefon do kontaktu podczas audytu													
3.3	nazwa armatora / płatnika													
3.4	adres													
3.5	NIP						3.6	Praca w nadgodzinach		Tak ☐ /Nie ☐ *				
4.	Oświadczenie o pokryciu kosztów													
	Deklaruję, że kosztami audytu, transportu, delegacji i nadgodzin należy obciążyć podmiot wymieniony w p. 3.3.							Podpis						

Data odbioru:		Potwierdzam odbiór sprawdzonego dokumentu:	Podpis
---------------	--	--	--------