|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **2.** | **Celem niniejszego zgłoszenia jest:**  (odpowiednio zaznaczyć w tabeli) | | | | | | **wydanie** | | | | | **potwierdzenie /**  **przedłużenie** | | | | | | | | **wymiana** | | |
| Składający wniosek wypełnia pola białe. Pola szare tylko do zapisów urzędowych.  \* właściwe zaznaczyć  \*\* należy dołączyć wniosek o zwolnienie z wymagań konwencji wraz z uzasadnieniem | | 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 | | | | | | | | | | | |