



# 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](mailto:ibz@ums.gov.pl)  
Świnoujście: [ibzs@ums.gov.pl](mailto:ibzs@ums.gov.pl)  
Słupsk: [ibzsl@ums.gov.pl](mailto:ibzsl@ums.gov.pl)

## Zgłoszenie Audytu ISM (form. ISM)

Notification of an ISM Audit / shipowner office (DOC) - (ISM Form)

Data przyjęcia : Podpis osoby przyjmującej:	<b>1.</b>	<b>Informacje o audycie ISM</b>	1.1	Data		Nr zlecenia	
	1.2	Niniejszym zlecam przeprowadzenie audytu ISM		w biurze armatora <input type="checkbox"/> / statku <input type="checkbox"/> *			
		wstępny <input type="checkbox"/> /certyfikacyjny <input type="checkbox"/> /roczny <input type="checkbox"/> /pośredni <input type="checkbox"/> /odnowieniowy <input type="checkbox"/> /dodatkowy <input type="checkbox"/> /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	Sygnal wywoławczy			1.14	Transport	UM <input type="checkbox"/> /armator <input type="checkbox"/> *
	1.15	Miejsce audytu			1.17	Zmiana terminu / miejsca:	
	1.16	Proponowany termin audytu					
		<b>2.</b>	<b>Celem niniejszego zgłoszenia jest:</b> (odpowiednio zaznaczyć w tabeli)		<b>wydanie</b>	<b>potwierdzenie / przedłużenie</b>	<b>wymiana</b>
		2.1	Tymczasowego Dokumentu Zgodności		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2.2	Dokumentu Zgodności		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2.3	Tymczasowego Międzynarodowego Certyfikatu Zarządzania Bezpieczeństwem		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.4	Międzynarodowego Certyfikatu Zarządzania Bezpieczeństwem		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2.5	Inne (opisać działanie)					
	<b>3.</b>	<b>Dane kontaktowe zamawiającego</b>					
	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 <input type="checkbox"/> /Nie <input type="checkbox"/> *	
	<b>4.</b>	<b>Oświadczenie o pokryciu kosztów</b>					
		Deklaruję, że kosztami audytu, transportu, delegacji i nadgodzin należy obciążyć podmiot wymieniony w p. 3.3.			Podpis		

Data odbioru:

Potwierdzam odbiór  
sprawdzonego dokumentu:

Podpis