|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data przyjęcia      |  Podpis osoby przyjmującej: | **1.** | **Informacje o weryfikacji ISPS** | 1.1 | Data  |       | Nr zlecenia |       |
| 1.2 | Niniejszym zlecam przeprowadzenie weryfikacji  | zapisu historii statku *CSR* [ ] / planu *SSP*[ ]  / statku [ ] \* |
| wydania [ ] / zatwierdzenia[ ] / certyfikacyjnej[ ] / pośredniej[ ] / odnowieniowej [ ] / dodatkowej [ ] / inny :      \* |
| 1.3 | Nazwa Armatora |       |
| 1.4 | Adres Armatora |       |
| 1.5 | Nazwa statku |       | 1.6 | Company IMO Nr |       |
| 1.7 | Nr IMO |       | 1.8 | Typ statku |       |
| 1.9 | Sygnał wywoławczy |       | 1.10 | Brutto |       |
| 1.11 | Port macierzysty |       | 1.12 | Klasyfikator |  |
| 1.13 | Aktualny Nr CSR |       | 1.14 | Transport | UM [ ]  /armator [ ] \* |
| 1.15 | Miejsce inspekcji |       | 1.17 | Zmiana terminu / miejsca: |
| 1.16 | Proponowany termin inspekcji |       |       |
| **2.** | **Celem niniejszego zgłoszenia jest:**(odpowiednio zaznaczyć w tabeli) | **Wydanie** | **Potwierdzenie** /**Odnowienie** | **Zatwierdzenie /****Wymiana** |
| Składający wniosek wypełnia pola białe, pola szare tylko do zapisów urzędowych.\* właściwe zaznaczyć\*\* należy dołączyć formularz poprawek wraz z kopią aktualnego Zapisu Historii Statku  | 2.1 | Zapis Historii Statku (CSR)\*\* | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| 2.2 | Plan Ochrony Statku (SSP) | **---** | **[ ]**  | **[ ]**  |
| 2.3 | Poprawki do Planu Ochrony  | **---** | **[ ]**  | **[ ]**  |
| 2.4 | Tymczasowy Certyfikat Ochrony Statku | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| 2.5 | Certyfikat Ochrony Statku | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| 2.6 | Inne: |       | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **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 lub PESEL |       | 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 |