



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 weryfikacji ISPS (form. ISPS_CSR)

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 <input type="checkbox"/> / planu SSP <input type="checkbox"/> / statku <input type="checkbox"/> *				
				wydania <input type="checkbox"/> / zatwierdzenia <input type="checkbox"/> / certyfikacyjnej <input type="checkbox"/> / pośredniej <input type="checkbox"/> / odnowieniowej <input type="checkbox"/> / dodatkowej <input type="checkbox"/> / 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	Sygnal wywoławczy			1.10	Brutto		
		1.11	Port macierzysty			1.12	Klasyfikator		
		1.13	Aktualny Nr CSR			1.14	Transport	UM <input type="checkbox"/> / armator <input type="checkbox"/> *	
		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	
		2.1	Zapis Historii Statku (CSR)**			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		2.2	Plan Ochrony Statku (SSP)			---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		2.3	Poprawki do Planu Ochrony			---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.4	Tymczasowy Certyfikat Ochrony Statku			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2.5	Certyfikat Ochrony Statku			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2.6	Inne:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
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 <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/> *		
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			