



# URZĄD MORSKI W SZCZECINIE

INSPEKTORAT BEZPIECZEŃSTWA ŻEGLUGI  
ul. Jana z Kolna 9, 71-603 Szczecin  
ul. Wyb. Władysława IV 7, 72-600 Świnoujście (filia)

Tel.: 91 4403594,  
91 4403559 (filia)  
Fax : 91 4403385,  
91 4403564 (filia)  
e-mail: [ibz@ums.gov.pl](mailto:ibz@ums.gov.pl)  
e-mail: [ibzs@ums.gov.pl](mailto:ibzs@ums.gov.pl)

## Zgłoszenie Audytu ISM (form. ISM)

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			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 inspekcji			1.17	Zmiana terminu / miejsca:		
		1.16	Proponowany termin inspekcji						
				<b>2.</b>	<b>Celem niniejszego zgłoszenia jest:</b> (odpowiednio zaznaczyć w tabeli)	<b>wydanie</b>		<b>Potwierdzenie / przedłużenie</b>	<b>wymiana</b>
		* Składający wniosek wypełnia pola białe. Pola szare tylko do zapisów urzędowych. ** należy dołączyć wniosek o zwolnienie z wymagań konwencji wraz z		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 lub PESEL		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
---------------	--	--	--------