



URZĄD MORSKI W SZCZECINIE

INSPEKTORAT BEZPIECZEŃSTWA ŻEGLUGI

ul. Jana z Kolna 9, 71-603 Szczecin

ul. Wyb. Władysława IV 7, 72-600 Świnoujście (filia)

Zgłoszenie weryfikacji ISPS (form. ISPS_CSR)

Tel.: 91 4403594,

91 4403559 (filia)

Fax : 91 4403385,

91 4403564 (filia)

e-mail: ibz@ums.gov.pl

e-mail: ibzs@ums.gov.pl

1.		Informacje o weryfikacji ISPS	1.1	Data		Nr zlecenia			
Data przyjęcia	Podpis osoby przyjmującej:	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	Sygnał 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						Podpis		
	Deklaruję, że kosztami audytu, transportu, delegacji i nadgodzin należy obciążyć podmiot wymieniony w p. 3.3.								
Data odbioru:				Potwierdzam odbiór sprawdzonego dokumentu:		Podpis			