



URZĄD MORSKI W GDYNI
ul. Chrzanowskiego 10, 81-338 Gdynia
Inspektorat Państwa Bandery
Zgłoszenie Audytu ISM (form. ISM)

tel: 58 355 3311
fax: 58 620 1841

e-mail: fsc@umgdy.gov.pl

Data przyjęcia :	Podpis osoby przyjmującej:	1.	Informacje o audycie ISM	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						
		2.	Celem niniejszego zgłoszenia jest: (odpowiednio zaznaczyć w tabeli)		wydanie	potwierdzenie / przedłużenie		wymiana	
		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)								
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			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
---------------	--	--	--------