

	URZĄD MORSKI W SZCZECINIE INSPEKTORAT BEZPIECZEŃSTWA ŻEGLUGI ul. Jana z Kolna 9, 71-603 Szczecin ul. Nab. Władysława IV 7, 72-600 Świnoujście (filia)	Tel.: 91 4403594, 91 3214316 (filia) Fax : 91 4403385, 91 3214316 (filia)
	Wniosek o wydanie odpowiedniego certyfikatu ubezpieczenia lub jego poświadczenia (Form CL)	e-mail: ibz@ums.gov.pl e-mail: ibzs@ums.gov.pl

Data przyjęcia:	Nr zlecenia	Weryfikacja
-----------------	-------------	-------------

Zlecający/Płatnik

Miejsce/Data:

Dokładna i pełna nazwa płatnika zlecenia

ulica

kod miejscowość

Nr telefonu:

Nr faksu:

NIP

Dyrektor

Urzędu Morskiego w Szczecinie

Szczecin

pl. Batorego 4

WNIOSEK

Niniejszym wnoszę o wydanie:

- Certyfikatu Ubezpieczenia lub Innego Zabezpieczenia Finansowego Odpowiedzialności Cywilnej z Tytułu Śmierci lub Szkody na Osobie Pasażera (PLR) / Certificate of Insurance or Other Financial Security in Respect of Civil Liability for the Death of and Personal Injury to Passengers*
- Świadectwa dla Statku Stanowiącego Własność Państwa (OC) / Certificate for The Ship Owned by State (CL)*
- Certyfikatu Ubezpieczenia lub Innego Zabezpieczenia Finansowego Odpowiedzialności Cywilnej za Szkody Spowodowane Zanieczyszczeniem Olejami (CLC) / Certificate of Insurance or Other Financial Security in Respect of Civil Liability for Oil Pollution Damages*
- Certyfikat Ubezpieczenia lub Innego Zabezpieczenia Finansowego Odpowiedzialności Cywilnej za Szkody Spowodowane Zanieczyszczeniem Olejami Bunkrowymi (CLCB) / Certificate of Insurance or Other Financial Security in Respect of Civil Liability for Bunker Oil Pollution Damages*

Dla statku:

,zgodnie z poniżej podanymi danymi:

1	1. Nazwa statku:	
	2. Port macierzysty:	
	3. Oznaczenie organu prowadzącego rejestr:	
	4. Nr rejestrowy:	
	5. Adres organu prowadzącego rejestr (może być elektroniczny)	
2	Nazwa i główna siedziba przewoźnika, który faktycznie wykonuje przewóz (dotyczy tylko statków pasażerskich)	
3	Nazwa i główna siedziba właściciela statku	
4	Nazwa i główna siedziba armatora statku (wg ISM)	



URZĄD MORSKI W SZCZECINIE

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

**Wniosek o wydanie odpowiedniego certyfikatu
ubezpieczenia lub jego poświadczenia (Form CL)**

Tel.: 91 4403594,
91 3214316 (filia)
Fax : 91 4403385,
91 3214316 (filia)

e-mail: ibz@ums.gov.pl
e-mail: ibzs@ums.gov.pl

5	Sygnal rozpoznawczy statku	
6	Numer identyfikacyjny statku nadany przez IMO (numer IMO statku)	
7	Nazwa i główna siedziba podmiotu / -ów udzielających ubezpieczenia finansowego <i>(dla statków pasażerskich za szkody na osobie lub mieniu pasażera oraz miejsce ustanowienia ubezpieczenia)</i>	1.
		2.
8	Rodzaj i okres ważności ubezpieczenia <i>(w przypadku statku pasażerskiego – odpowiedzialności za szkody na osobie lub mieniu pasażera 1-war insurance, 2 non-war insurance)</i>	1.
		2.
9	Okres na jaki ma być wydany certyfikat	

Uwagi:

.....
.....
.....
.....
.....

.....
Podpis zlecającego

Uwagi:

- Do wniosku należy dołączyć (do wglądu) oryginały dokumentów stwierdzających posiadanie odpowiedniego dla danego statku ubezpieczenia (dla statków pasażerskich-odpowiedzialności za szkody na osobie lub mieniu pasażera) lub uwierzytelnione odpisy takich dokumentów (polis).**

Data odbioru:	Potwierdzam odbiór zatwierdzonego i sprawdzonego dokumentu:	Podpis
---------------	---	--------