……………………………………..

(miejscowość, data)

**Graniczna Stacja**

**Sanitarno-Epidemiologiczna w Szczecinie**

**Punkt Granicznej Kontroli**

**Sanitarno-Epidemiologicznej w Świnoujściu ul. Dworcowa 1, 72-606 Świnoujście**

**WNIOSEK O WYDANIE CERTYFIKATU MEDYCZNEGO**

O SPEŁNIENIU MINIMALNYCH WYMAGAŃ W DZIEDZINIE BEZPIECZEŃSTWA I OCHRONY ZDROWIA

W CELU ZAPEWNIENIA WYŻSZEGO POZIOMU LECZENIA NA JEDNOSTKACH PŁYWAJĄCYCH

**Dane zleceniodawcy (adres, nr tel, email, NIP):** ……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Nazwa jednostki:** ……………………………………..…………………………..………………….…

**Bandera:** ………………………………. **Port macierzysty**: ………………………………...………..

**Nr IMO**…………………………………………………………………………..………………………

**Armator:** ………………………………………………………………………………………………...

**Imię i nazwisko kapitana statku:** …………………………………………………….…….………….

**Imię i nazwisko oficera odpowiedzialnego za apteczkę:** ………………………………………..;..…

**Typ apteczki**: ……………………………**Czy apteczka jest wyposażona:** ………………………….

**Miejsce postoju statku (port, nabrzeże):** ………………………………………………….………….

**Obecność statku w porcie od** ………………………………**do**……………..……………..……..…..

**Imię i nazwisko osoby do kontaktu**: ………………………………………….……….………………

**Dane do faktury**:

**Nabywca:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Odbiorca dokumentu:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Do zlecenia proszę dołączyć kopię ostatniego certyfikatu medycznego (Medical Certificate).**

……..………………..…………..…..…

(pieczątka i podpis osoby upoważnionej)