……………………………………..

 Miejscowość, data

**Graniczna Stacja
Sanitarno-Epidemiologiczna**

**w Szczecinie**

**Al. Wojska Polskiego 160**

**70-481 Szczecin**

**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 WNIOSKODAWCY / ZLECAJĄCEGO:

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

ARMATOR:

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

Nazwa statku: …………………………………..……………………….…….

Bandera: …………………………………………………………......................

Port macierzysty: ………………………………………………………..……

NR IMO……………………………………………………………

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

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

Typ apteczki: ………………………..

Czy apteczka jest wyposażona………………………………………………………………

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

Proponowana data i godzina kontroli: ……………………………………………..………………..

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

Kontaktowy numer telefonu: ………………….…………………….

Rachunek za usługę (przelew/gotówka\*) należy wystawić na:

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

\*niepotrzebne skreślić

………………………..…………………

 Pieczątka i podpis osoby upoważnionej