|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Przyjmujący wniosek  *(wypełnia DCU)* | Data złożenia wniosku  *(wypełnia DCU)* | Numer ewidencyjny wniosku  *(wypełnia DCU)* | Data rejestracji wniosku  *(wypełnia DCU)* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RAPORT:** | **Analiza CFD** |  | **Symulacja ewakuacji** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TYP INSTALACJI**  **(zakres urządzeń):** | Wybierz element. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOKALIZACJA OBIEKTU** | | | | | |
| Ulica/nr działki: |  | Kod pocztowy: |  | Miejscowość: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AUTOR PROJEKTU/KONCEPCJI** | | | | | | |
| Nazwa podmiotu: | |  | | | | |
| Ulica: |  | | Kod pocztowy: |  | Miejscowość: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AUTOR ANALIZY CFD I/LUB EWAKUACJI** | | | | | | |
| Nazwa podmiotu: | |  | | | | |
| Ulica: |  | | Kod pocztowy: |  | Miejscowość: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **WNIOSKUJĄCY** | | | | | | | | | |
| Nazwa urzędowa podmiotu: | | |  | | | | | | |
| Ulica: |  | | | Kod pocztowy: |  | Miejscowość: | |  | |
| Adres do korespondencji (jeśli inny od podanego wyżej): | | | | | | | | | |
| Ulica: |  | | | Kod pocztowy: |  | Miejscowość: | |  | |
| Nr telefonu: | |  | | Nr faxu: |  | | e-mail: | |  |
| Nr KRS  (ew. CEIDG): | |  | | REGON: |  | | NIP: | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OSOBA DO KONTAKTU** | | | | | | | | |
| Imię: |  | | | Nazwisko: | |  | | |
| Stanowisko, funkcja w podmiocie wnioskującym: | | | | |  | | | |
| Nr telefonu: | |  | Nr faxu: | |  | | e-mail: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| …………………………………..……………………….  *Miejscowość, data* | …………………………….……………………………………  *Podpis upoważnionego przedstawiciela Wnioskującego* | …………………………………………………..…………  *Pieczęć firmowa* |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DECYZJA DCU** | **ZAWRZEĆ UMOWĘ O OCENĘ I WERYFIKACJĘ RAPORTU Z ANALIZY:** | | | **TAK** | **NIE** | **Podpis:** |
| **UMOWA Nr:** |  | **z dnia:** |  | | |