**WNIOSEK**

|  |
| --- |
| ***Dyrektywa*** |
| **2014/34/UE** w sprawie harmonizacji ustawodawstw państw członkowskich odnoszących się do urządzeń i systemów ochronnych przeznaczonych do użytku w atmosferze potencjalnie wybuchowej |

|  |
| --- |
| ***Rodzaj usługi*** |
| **Badanie typu UE** *(Załącznik III – Moduł B)* | [ ]  |
| **Zgodność z typem w oparciu o weryfikację produktu***(Załącznik V – Moduł F)* | [ ]  |
| **Zgodność z typem w oparciu o wewnętrzną kontrolę produkcji oraz badanie produktów pod nadzorem** *(Załącznik VI – Moduł C1)* | [ ]  |
| **Zgodność w oparciu o weryfikację jednostkową***(Załącznik IX – Moduł G)* | [ ]  |
| **Deponowanie dokumentacji***(zgodnie z wymaganiami Art. 13.1 (b) (ii) dyrektywy 2014/34/UE )* | [ ]  |
| **Badanie typu***(tryb dobrowolny)* | [ ]  |
| **Zmiana zakresu certyfikatu**(nr certyfikatu: **……………………………**) | [ ]  |

1. **Informacje ogólne**
	1. Producent - nazwa i adres*:*

|  |
| --- |
| **……...…………………………………………………………………………………………………..…** |

Tel / Fax / E-mail

|  |
| --- |
| **……...…………………………………………………………………………………………………..…** |

Dane rejestracyjne:

|  |
| --- |
|  NIP: **……………………………** REGON: **……………………………** KRS: **……………………………** |

* 1. Upoważniony przedstawiciel - nazwa i adres *(jeśli dotyczy):*

|  |
| --- |
| **……...…………………………………………………………………………………………………..…** |

Tel / Fax / E-mail

|  |
| --- |
| **……...…………………………………………………………………………………………………..…** |

Dane rejestracyjne:

|  |
| --- |
|  NIP: **……………………………** REGON: **……………………………** KRS: **……………………………** |

* 1. Osoba upoważniona do kontaktów*:*

|  |
| --- |
| *(Imię/Nazwisko/stanowisko/telefon/e-mail):***……………………………………………………………………………………………………………** |

1. **Dane dotyczące produktu:**

|  |
| --- |
| Nazwa produktu (grupy produktów):Rodzaj urządzenia: [ ]  stacjonarny [ ]  przenośny |
| Przeznaczenie, zakres stosowania produktu*:* |
| [ ] Urządzenie | [ ] Komponent | [ ] System ochronny |
| [ ]  Sprzęt zabezpieczający, sterujący i regulacyjny |
| Grupa:  | Kategoria:  |
| Rodzaj budowy przeciwwybuchowej /oznakowanie Ex/: Zakres temperatur otoczenia /Ta/:  |
| Czy produkt zawiera substancje szkodliwe dla zdrowia? | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| Czy produkt zawiera wcześniej certyfikowane urządzenia/ komponenty? | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| Jeśli tak, podać nazwę, producenta, typ, nr certyfikatu, oznaczenie: |
| Zastosowane normy: |
| Załączniki (dokumentacja techniczna, rysunki, certyfikaty itp.):- - - - -  |
| Postępowanie z prototypem/próbkami po badaniach – zwrot? | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| **Dotyczy certyfikatu uzupełniającego:** |
| Numer certyfikatu: Czy nastąpi zmiana oznakowania przeciwwybuchowego? | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| Proponowane oznakowanie:  |
| Krótki opis wprowadzonych zmian*:* |
| Jednostka po zweryfikowaniu przesłanych informacji udzieli pisemnego potwierdzenia z określeniem warunków wykonania usługi (z podaniem m.in. kosztów i terminu realizacji usługi)*.* |

**Deklaracja producenta:**

1. Niniejszym potwierdzam, że podobny wniosek dotyczący ww. produktu(ów) nie został złożony
w żadnej innej jednostce notyfikowanej.
2. Oświadczam, że zapoznałem się i spełnię wszystkie mające zastosowanie wymagania zawarte
w Programie PC-OZ „Oceny zgodności produktów”*.*
3. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie ewentualnych badań laboratoryjnych.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 marca 2002r. o wykonaniu niektórych przepisów ustawy o podatku od towarów i usług oraz podatku akcyzowym (Dz. U. Nr 27, poz. 268) upoważniamy KSC POLAND Sp. z o.o. do wystawienia faktur VAT bez naszego podpisu.

 …………………………………… …………………………………………………

 Miejscowość, data Osoba upoważniona do reprezentowania