|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Zadanie* | **„Przebudowa pomieszczeń w budynku „M" - Kliniczne Centrum Medyczno - Terapeutyczne SPSK-2 Etap III”  I etap realizacyjny „Przebudowa pomieszczeń III i IV piętra”** | Umowa nr  ………………………...  z dnia …………..….. |
| *Zamawiający* | **SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie**  Al. Powstańców Wielkopolskich 72, 70-111 Szczecin | |
| *Projektant* |  | |
| *Inspektor Nadzoru Inwestorskiego* |  | |
| *Wykonawca* |  | |
| *Kierownik Budowy* |  | |

**ZMODYFIKOWANY ZAŁĄCZNIK NR 8 DO UMOWY**

*………………………………………………………………………………*

*Miejsce wystawienia, data*

**Wniosek o zatwierdzenie Materiałów i Urządzeń nr …….…/2023**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Branża* | | |  | | | | |
| *Rodzaj Materiału / Urządzenia* | | |  | | | | |
| *Producent* | | |  | | | | |
| *Miejsce wbudowania* | | |  | | | | |
| *Szacunkowa ilość* | | |  | | | | |
| *Zgodność materiału* | | | Zgodny z ofertą   |  | | --- | |  | | | Zgodny z dokumentacją projektową   |  | | --- | |  | | | Zamienny   |  | | --- | |  | |
| *Załączniki:* | |  | | | | | |
| *Zgłaszający:* | *Imię i nazwisko:* | | | *Stanowisko:* | | *Podpis, data* | |
|  | | |  | |
| *Przyjęto:* | *Imię i nazwisko:* | | | *Stanowisko:* | | *Podpis, data* | |
|  | | |  | |

**Klasyfikacja istotności tematu**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  |   pilne | |  | | --- | |  |   istotne | |  | | --- | |  |   mało istotne |

**Wpływ na koszty zadania**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  |   bezkosztowe (bez zmiany) | |  | | --- | |  |   oszczędność kosztów | |  | | --- | |  |   dopłata |

**Skutek**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  |   zmiana technologii | |  | | --- | |  |   nowa pozycja robót | |  | | --- | |  |   rozwiązanie zamienne |
| |  | | --- | |  |   zmiana materiału | |  | | --- | |  |   zmiana jakości | |  | | --- | |  |   zmiana ilości |
| |  | | --- | |  |   zmiana zakresu | |  | | --- | |  |   doszczegółowienie | |  | | --- | |  |   rewizja |
| |  | | --- | |  |   wymaga uzgodnienia konserwatora | |  | | --- | |  |   inne: | |

**Stanowisko inżyniera**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | |  |   skierowanie do realizacji, nie powoduje zmiany |
| |  | | --- | |  |   wymaga przeprowadzenia procedury zmiany, przekazanie do Zamawiającego |
| |  | | --- | |  |   wymaga przeprowadzenia procedury zamówienia robót dodatkowych, przekazanie do Zamawiającego |
| Uwagi: |

**Opinia**

|  |  |
| --- | --- |
| *Opinia Projektanta nadzoru autorskiego:* | *Podpis, data:* |
| *Opinia Inspektora nadzoru inwestorskiego:* | *Podpis, data:* |
| *Zatwierdzenie do realizacji przez Inwestora - SPSK2 w Szczecinie* | *Otrzymuje Wykonawca robót - data, podpis* |

**Inspekcja materiałowa**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Potwierdzam, iż w/w Materiały/Urządzenia* ***zostały wbudowane /zamontowane/\* zgodnie z***  *wymaganiami Kontraktu.* | | |
| *Imię i nazwisko:* |  | *Podpis i data:* |
| *Stanowisko:* | ***Inspektor nadzoru:*** |

*\*niepotrzebne skreślić*

*………………………………………………………………………………*

*Miejsce wystawienia, data*

**KARTA NADZORU AUTORSKIEGO**

**nr ……………../2023**

Dla zadania:

***„Przebudowa pomieszczeń w budynku „M" - Kliniczne Centrum Medyczno - Terapeutyczne SPSK-2 Etap III” I etap realizacyjny „Przebudowa pomieszczeń III i IV piętra”***

1. Zamawiający:

**SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie**

**Al. Powstańców Wielkopolskich 72, 70-111 Szczecin**

1. Główny Projektant:

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

1. Osoba odpowiadająca na zapytanie – delegowana przez Głównego Projektanta:

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

1. Podstawa prawna:

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

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

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

1. Data pełnienia nadzoru: …………………………………………………………………………………………………..
2. Temat nadzoru – treść zapytania:

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

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

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

*………………………………………………………………………………*

*Podpis zgłaszającego*

Załączniki:

1. ……………………………………………………………………
2. ……………………………………………………………………