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