

|                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                              |  |                                                         |                            |                                         |                                                 |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------|--|--|
|                                                                           |  | DEPARTAMENT<br>BEZZAŁOGOWYCH STATKÓW<br>POWIETRZNYCH<br>URZĄD LOTNICTWA CYWILNEGO<br>ul. Marcina Flisa 2,<br>02-247 Warszawa |  | Pieczęćka ULC / kod kreskowy                            |                            | Kod wniosku<br>1BVLOS/LBSP              |                                                 |  |  |
| INFORMACJA DLA WYPEŁNIAJĄCYCH WNIOSEK                                                                                                                     |  |                                                                                                                              |  |                                                         |                            |                                         |                                                 |  |  |
| Wniosek wraz załącznikami należy złożyć w Punkcie Obsługi Klienta Urzędu Lotnictwa Cywilnego lub przesłać na adres: ul. Marcina Flisa 2, 02-247 Warszawa. |  |                                                                                                                              |  |                                                         |                            |                                         |                                                 |  |  |
| WYPEŁNIA PODMIOT – prosimy o wypełnienie wniosku wielkimi literami lub na komputerze                                                                      |  |                                                                                                                              |  |                                                         |                            |                                         |                                                 |  |  |
| WNIOSEK O                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                              |  |                                                         |                            |                                         |                                                 |  |  |
| <input type="checkbox"/> WYDANIE                                                                                                                          |  |                                                                                                                              |  |                                                         |                            |                                         |                                                 |  |  |
| <input type="checkbox"/> ROZSZERZENIE (numer uzyskanej zgody: .....)                                                                                      |  |                                                                                                                              |  |                                                         |                            |                                         |                                                 |  |  |
| ZGODY NA WYKONYWANIE LOTÓW BVLOS                                                                                                                          |  |                                                                                                                              |  |                                                         |                            |                                         |                                                 |  |  |
| <input type="checkbox"/> operacyjnych                                                                                                                     |  | <input type="checkbox"/> specjalistycznych                                                                                   |  | <input type="checkbox"/> szkoleniowych<br>nr RPS: ..... |                            | <input type="checkbox"/> automatycznych |                                                 |  |  |
| DANE OSOBOWE                                                                                                                                              |  |                                                                                                                              |  |                                                         |                            |                                         |                                                 |  |  |
| Nazwa podmiotu:                                                                                                                                           |  |                                                                                                                              |  |                                                         |                            |                                         |                                                 |  |  |
| Numer NIP podmiotu:                                                                                                                                       |  |                                                                                                                              |  |                                                         |                            |                                         |                                                 |  |  |
| ADRES SIEDZIBY                                                                                                                                            |  |                                                                                                                              |  |                                                         |                            |                                         |                                                 |  |  |
| Ulica:                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                              |  |                                                         | Nr domu/mieszkania/lokalu: |                                         |                                                 |  |  |
| Kod pocztowy:                                                                                                                                             |  |                                                                                                                              |  | -                                                       |                            | Pocztą:                                 |                                                 |  |  |
| Miejscowość:                                                                                                                                              |  |                                                                                                                              |  |                                                         | Państwo:                   |                                         |                                                 |  |  |
| DANE KONTAKTOWE                                                                                                                                           |  |                                                                                                                              |  |                                                         |                            |                                         |                                                 |  |  |
| Telefon:                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                              |  |                                                         | E-mail:                    |                                         |                                                 |  |  |
| ADRES DO DORĘCZEŃ                                                                                                                                         |  |                                                                                                                              |  |                                                         |                            |                                         |                                                 |  |  |
|                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                              |  |                                                         |                            |                                         |                                                 |  |  |
| ZAKRES PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI OKREŚLONY WEDŁUG KODU PKD                                                                                                 |  |                                                                                                                              |  |                                                         |                            |                                         |                                                 |  |  |
| 1. PKD                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                              |  |                                                         | 3. PKD                     |                                         |                                                 |  |  |
| 2. PKD                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                              |  |                                                         | 4. PKD                     |                                         |                                                 |  |  |
| LISTA BSP PRZEDSTAWIANYCH DO OGLĘDZIN (nazwa/ typ i znaki rejestracyjne)                                                                                  |  |                                                                                                                              |  |                                                         |                            |                                         |                                                 |  |  |
| 1.                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                              |  |                                                         | 3.                         |                                         |                                                 |  |  |
| 2.                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                              |  |                                                         | 4.                         |                                         |                                                 |  |  |
| PRZEDSTAWICIEL BSP DO OGLĘDZIN W IMIENIU PODMIOTU WNIOSKUJĄCEGO                                                                                           |  |                                                                                                                              |  |                                                         |                            |                                         |                                                 |  |  |
| Imię i nazwisko:                                                                                                                                          |  |                                                                                                                              |  |                                                         | Telefon:                   |                                         |                                                 |  |  |
| ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU                                                                                                                                     |  |                                                                                                                              |  |                                                         |                            |                                         |                                                 |  |  |
| Lp.                                                                                                                                                       |  | DOKUMENTY OBOWIĄZKOWE                                                                                                        |  |                                                         | Lp.                        |                                         | DOKUMENTY ZALECANE                              |  |  |
| 1.                                                                                                                                                        |  | Kopia Instrukcji Operacyjnej podmiotu                                                                                        |  |                                                         | 1.                         |                                         | Kopia Instrukcji Obsługi/ Użytkowania BSP       |  |  |
| 2.                                                                                                                                                        |  | Kopia dokumentów potwierdzających kwalifikację operatorów<br>tj. świadectwo kwalifikacji                                     |  |                                                         | 2.                         |                                         | Kopia świadectwa ewidencji BSP                  |  |  |
| 3.                                                                                                                                                        |  | Kopia ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu                                                                      |  |                                                         | 3.                         |                                         | Kopia ubezpieczenia odpowiedzialności operatora |  |  |
| W przypadku rozszerzenia zgody należy przedłożyć zaktualizowane kopie dokumentów                                                                          |  |                                                                                                                              |  |                                                         |                            |                                         |                                                 |  |  |
| DATA I PODPIS PRZEDSTAWICIELA PODMIOTU WNIOSKUJĄCEGO                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  |                                                         |                            |                                         |                                                 |  |  |
| Data                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  |                                                         | Czytelny podpis            |                                         |                                                 |  |  |