

## Załącznik nr 2

do Generalnej Umowy Dystrybucyjnej nr \_\_\_\_\_

zawartej pomiędzy

ZARZĄD MORSKIEGO PORTU GDYNIA S.A. (**OSDn**)

a

\_\_\_\_\_ (**Sprzedawca**)

### KODY IDENTYFIKACYJNE, OZNACZENIE POB ORAZ WZÓR FORMULARZA ZMIANY POB

1. **Sprzedawca** oświadcza, że samodzielnie pełni funkcję podmiotu odpowiedzialnego za bilansowanie handlowe,

lub

**Sprzedawca** oświadcza, że funkcję podmiotu odpowiedzialnego za bilansowanie handlowe pełni:

2. \_\_\_\_\_  
Kod identyfikacyjny **Sprzedawcy** nadany przez **OSDn** na potrzeby realizacji **Umowy**:

3. \_\_\_\_\_  
Dane podmiotu odpowiedzialnego za bilansowanie handlowe **Sprzedawcy**:

Dane POB	
nazwa	
adres	
Kod URB (nadany przez OSP)	
Od MB	

Termin obowiązywania umowy z POB<sup>1</sup>:

od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

1) Dotyczy przypadku, gdy sprzedawca samodzielnie nie pełni funkcji POB.

## FORMULARZ POWIADAMIANIA OSDn O USTANOWIENIU LUB ZMIANIE PODMIOTU ODPOWIEDZIALNEGO ZA BILANSOWANIE HANDLOWE SPRZEDAWCY

Powiadomienie o ustanowieniu lub zmianie podmiotu odpowiedzialnego za  
bilansowanie handlowe

Nazwa Sprzedawcy \_\_\_\_\_

Dane adresowe Sprzedawcy \_\_\_\_\_

Data zgłoszenia: \_\_\_\_\_

Dane dotychczasowego POB:		Dane nowego POB:	
Nazwa		Nazwa	
Adres		Adres	
Kod URB (nadany przez OSP)	UR_ ....._.....	Kod URB	UR_ ....._.....
Kody MB	MB_....._....._O1_..... MB_....._....._W1_.....	Kody MB	MB_....._....._O1_..... MB_....._....._W1_.....

Planowany okres prowadzenia bilansowania handlowego Sprzedawcy:

od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

Oświadczamy, iż powyższe dane i informacje są zgodne ze stanem faktycznym.  
W imieniu i na rzecz Sprzedawcy oraz POB

.....  
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej Sprzedawcy

.....  
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej POB

Wypełniony i podpisany formularz przesłać na adres:

- w formie elektronicznej na adres [zup@port.gdynia.pl](mailto:zup@port.gdynia.pl), albo
- pocztą na adres: Zarząd Morskiego Portu Gdynia S.A., ul. Rotterdamska 9, 81-337 Gdynia.