


TR		FORMULARZ DANYCH PASAŻERA		
NAZWISKO I IMIĘ		KOWALSKI JAN		
NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI (paszport, dowód osobisty)		CEG123456		
NUMER TELEFONU		48 123 456 789		
NUMER TELEFONU UPOWAŻNIONEJ DO OTRZYMANIA INFORMACJI W RAZIE WYPADKU		48 789 654 321		
NUMER LOTU	NUMER MIEJSCA W SAMOLOCIE	DATA PRZYLOTU		
ADRES MIEJSCA W POBYTU W TURCJI		adres hotel TUI - dostępny w dokumentach podróży		
Jeżeli posiadasz jeden lub więcej z poniższych objawów, zaznacz je:				
<input type="checkbox"/> Gorączka <input type="checkbox"/> Kaszel <input type="checkbox"/> Ból gardła <input type="checkbox"/> Duszności				
Kraje, w które odwiedziłeś w ciągu ostatnich 14 dni:				
Czy miałeś bezpośredni kontakt z osobą podejrzaną o zachorowanie na COVID-19?				
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem				
Potwierdzam, iż podane informacje są zgodne z prawdą.				
Data uzupełnienia deklaracji :/....../ 2020			Podpis	
UWAGA: Prosimy pamiętać, iż niezgodne z prawdą uzupełnienie danych może skutkować pociągnięciem do odpowiedzialności prawnej.				

EN		PASSENGER INFORMATION FORM		
NAME/LAST NAME				
PASSPORT NUMBER				
PHONE NUMBER OF THE PERSON WHO CAN BE REACHED TO CONTACT WITH YOU				
PHONE NUMBER				
FLIGHT NUMBER	SEAT NUMBER:	DATE :		
ADDRESS IN TURKEY OR DESTINATION				
If you have one or more of the symptoms below, please tick them.				
<input type="checkbox"/> High Fever <input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> Sore throat <input type="checkbox"/> Shortness of breath				
The countries you have been in the last 14 days:.....				
Have you had close contact with a patient who was suspected with COVID-19?				
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown				
The information I declare is correct and belongs to me.				
Declaration Date:/....../ 2020			Signature	
Note: If it is understood that the information provided on the form is incorrect, legal remedies will be taken against the person who filled out the form.				