


TR		<b>FORMULARZ DANYCH PASAŻERA</b>		
NAZWISKO I IMIĘ		JAN NOWAK		
NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI (paszport, dowód osobisty)		CCC123456		
NUMER TELEFONU		+48 012 345 678		
NUMER TELEFONU UPOWAŻNIONEJ DO OTRZYMANIA INFORMACJI W RAZIE WYPADKU		+48 987 654 321		
NUMER LOTU	NUMER MIEJSCA W SAMOLOCIE	DATA PRZYLOTU		
ADRES MIEJSCA W POBYTU W TURCJI		adres hotelu - 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	
<b>UWAGA: Prosimy pamiętać, iż niezgodne z prawdą uzupełnienie danych może skutkować pociągnięciem do odpowiedzialności prawnej.</b>				

EN		<b>PASSENGER INFORMATION FORM</b>		
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	
<b>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.</b>				