

EN/RU

PASSENGER INFORMATION FORM
ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ ПАССАЖИРА

NAME/LAST NAME

Имя/Фамилия

PASSPORT NUMBER

Номер паспорта

PHONE NUMBER OF THE PERSON WHO CAN BE REACHED TO
CONTACT WITH YOU

Номер телефона человека, через которого можно связаться с Вами

PHONE NUMBER

Номер телефона

FLIGHT NUMBER

Номер рейса

SEAT NUMBER:

Место номер

DATE :

Дата

ADDRESS IN TURKEY OR DESTINATION

Адрес в Турции или месте назначения

If you have one or more of the symptoms below, please tick them.

Если у вас есть один или несколько из перечисленных ниже симптомов, пожалуйста, отметьте их.

☐ High Fever ☐ Cough ☐ Sore throat ☐ Shortness of breath

Высокая температура Кашель Боль в горле Одышка

The countries you have been in the last 14 days:

Страны, в которых вы побывали за последние 14 дней

Have you had close contact with a patient who was suspected with COVID-19?

Были ли у вас близкие контакты с пациентом, у которого подозревали COVID-19?

☐ Yes ☐ No ☐ Unknown

Да Нет Незнаю

The information I declare is correct and belongs to me.

Информация, которую я заявил, верна и принадлежит мне.

Declaration Date:/.... / 2020

Дата заполнения

Signature

Подпись

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.

Примечание: если выяснится, что информация, указанная в форме, неверна, против лица, заполнившего форму, будут приняты законные методы привлечения к ответственности.