

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.		
<input type="checkbox"/> High Fever <input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> Sore throat <input type="checkbox"/> 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?		
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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.		