

PASSENGER INFORMATION FORM - ПАССАЖИРСКИЙ ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЛАНК



NAME/LAST NAME - ИМЯ/ФАМИЛИЯ		
PASSPORT NUMBER - НОМЕР ПАСПОРТА		
PHONE NUMBER OF THE PERSON WHO CAN BE REACHED TO CONTACT WITH YOU - ТЕЛЕФОННЫЙ НОМЕР ЧЕЛОВЕКА, КОТОРЫЙ МОЖЕТ СВЯЗАТЬСЯ С ВАМИ		
PHONE NUMBER - НОМЕР ТЕЛЕФОНА		
FLIGHT NUMBER - НОМЕР РЕЙСА:	SEAT NUMBER - НОМЕР СИДЕНЬЯ:	DATE - ДАТА:
ADDRESS IN TURKEY OR DESTINATION - АДРЕС В ТУРЦИИ/ПУНКТ НАЗНАЧЕНИЯ-СТРАНА		
<p>If you have one or more of the symptoms below, please tick them - Если у вас есть один или несколько из приведенных ниже симптомов, отметьте их.</p> <p><input type="checkbox"/> High Fever-Высокая температура <input type="checkbox"/> Cough - Кашель <input type="checkbox"/> Sore throat - Больное горло <input type="checkbox"/> Shortness of breath - Сбивчивое дыхание</p>		
The countries you have been in the last 14 days - Какие страны вы посетили за последние 14 дней:.....		
<p>Have you had close contact with a patient who was suspected with COVID-19? Был ли у вас тесный контакт с пациентом, подозреваемым на наличие COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes - Да <input type="checkbox"/> No - Нет <input type="checkbox"/> Unknown - Незвестный</p>		
The information I declare is correct and belongs to me - Информация, которую я заявляю, верна и принадлежит мне.		
Declaration Date - Дата заполнения Декларации/...../ 2020		Signature - Подпись
<p>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 в предоставленном бланке будет указана неверная информация, к лицу, заполнившему анкету, будет применена юридическая ответственность.</p>		