

Karta Lokalizacji Pasażera: W celu ochrony Twojego zdrowia, pracownicy służby zdrowia poproszą Cię o wypełnienie tego formularza jeśli istnieje podejrzenie wystąpienia choroby zakaźnej na pokładzie samolotu, którym leciałeś/łaś. Podanie poniższych informacji pozwoli pracownikom służby zdrowia na kontakt z Tobą jeśli doszło do narażenia na chorobę zakaźną. Bardzo ważne jest aby wypełnić ten formularz dokładnie i w całości. Twoje dane będą zabezpieczone zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych i użyte jedynie do ochrony zdrowia publicznego.

~Dziękujemy, że pomagasz nam chronić Swoje zdrowie

Jedna karta powinna być wypełniona przez dorosłego członka rodziny. Drukowanymi literami. Pozostawiaj wolne pola jako przerwy.

INFORMACJE O LOCIE:										1.Nazwa linii lotniczych										2.Nr lotu					3.Nr siedzenia					4. Data przylotu(rrrr/mm/dd)									
																														2 0									

DANE OSOBOWE: 5.Nazwisko															6.Imię															7.Inicjał drugiego imienia															8. Płeć														
																																													Męska ☐ Żeńska ☐														

NUMER TELEFONU pod jakim można Cię znaleźć, proszę podać kod kraju i miasta																																																																																																			
9. Mobilny																									10. Służbowy																																																																										
11.Domowy																									12. Inny																																																																										
13. Email																																																																																																			

ADRES ZAMELDOWANIA:																																																																																																				14. Ulica i numer domu (oddziel wolnym polem)																				15. Numer mieszkania																			
16. Miasto																																																																																																				17. Region																																							
18. Państwo																																																																																																				19. Kod pocztowy																																							

ADRES TYMCZASOWY: Jeśli jesteś przyjezdnym podaj tylko adres pierwszego pobytu																																																																																																			
20.Nazwa hotelu (jeśli hotel)																														21. Ulica i numer (oddziel wolnym polem)																																								22.Numer mieszkania																													
23. Miasto																														24. Region																																																																					
25.Kraj																														26. Kod																																																																					

OSOBA DO KONTAKTU W WYJĄTKOWEJ SYTUACJI lub ktoś kto może się z Tobą skontaktować w ciągu następnych 30 dni																																																																																																			
27.Nazwisko																														28.Imię																														29. Miasto																																							
30.Kraj																														31. Email																																																																					
32.Numer telefonu komórkowego																														33. Inne numery telefonu																																																																					

34. TOWARZYSZE PODRÓŻY – RODZINA: podaj wiek tylko jeśli jest niższy niż 18 lat																																																																																																				
Nazwisko																														Imię																														Nr siedzenia																				Wiek<18																				
(1)																																																																																																				
(2)																																																																																																				
(3)																																																																																																				
(4)																																																																																																				

35. TOWARZYSZE PODRÓŻY: NIE RODZINA nazwa grupy (jeśli dotyczy)																																																																																																				
Nazwisko																														Imię																														Grupa (wycieczka, drużyna, firma)																																								
(1)																																																																																																				

Public Health Passenger Locator Form: To protect your health, public health officers need you to complete this form whenever they suspect a communicable disease onboard a flight. Your information will help public health officers to contact you if you were exposed to a communicable disease. It is important to fill out this form completely and accurately. Your information is intended to be held in accordance with applicable laws and used only for public health purposes. ~Thank you for helping us to protect your health.

One form should be completed by an adult member of each family. Print in capital (UPPERCASE) letters. Leave blank boxes for spaces.

FLIGHT INFORMATION:									
1. Airline name									
2. Flight number									
3. Seat number									
4. Date of arrival (yyyy/mm/dd)									
2 0									

PERSONAL INFORMATION:									
5. Last (Family) Name									
6. First (Given) Name									
7. Middle Initial									
8. Your sex									
Male ☐ Female ☐									

PHONE NUMBER(S) where you can be reached if needed. Include country code and city code.									
9. Mobile									
10. Business									
11. Home									
12. Other									
13. Email address									

PERMANENT ADDRESS:									
14. Number and street (Separate number and street with blank box)									
15. Apartment number									
16. City									
17. State/Province									
18. Country									
19. ZIP/Postal code									

TEMPORARY ADDRESS: If you are a visitor, write only the first place where you will be staying.									
20. Hotel name (if any)									
21. Number and street (Separate number and street with blank box)									
22. Apartment number									
23. City									
24. State/Province									
25. Country									
26. ZIP/Postal code									

EMERGENCY CONTACT INFORMATION of someone who can reach you during the next 30 days									
27. Last (Family) Name									
28. First (Given) Name									
29. City									
30. Country									
31. Email									
32. Mobile phone									
33. Other phone									

34. TRAVEL COMPANIONS – FAMILY: Only include age if younger than 18 years										
Last (Family) Name										
First (Given) Name										
Seat number										
Age <18										
(1)										
(2)										
(3)										
(4)										

35. TRAVEL COMPANIONS – NON-FAMILY: Also include name of group (if any)										
Last (Family) Name										
First (Given) Name										
Group (tour, team, business, other)										
(1)										
(2)										