

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 <input type="checkbox"/> Żeńska <input type="checkbox"/>				

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)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(4)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

35. TRAVEL COMPANIONS – NON-FAMILY: Also include name of group (if any)

	Last (Family) Name	First (Given) Name	Group (tour, team, business, other)
(1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>