


Från: GRASS Tomasz Kwieciński grass@arch.com.pl 
Ämne: Fwd: Przed lotem należy wypełnić formularz!
Datum: 12 april 2021 16:05
Till: teresa.sygnarek@gmail.com

TK

Początek przekazywanej wiadomości:

Od: Wizz Air Customer Service <notifications@notifications.wizzair.com>
Temat: Przed lotem należy wypełnić formularz!
Data: 12 kwietnia 2021 o 14:15:58 CEST
Do: grass@arch.com.pl



LOTY HOTE WYNAJEM
L SAMOCHODÓW



ZARZĄDZAJ MOJĄ
REZERWACJĄ

Witaj Tomasz,

Informujemy, że zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi koronawirusa (COVID-19) **wszyscy pasażerowie przybywający do Polski są proszeni o wypełnienie formularza załączonego do tej wiadomości e-mail**. Należy go **wydrukować, wypełnić i mieć przy sobie** po dotarciu na miejsce, **a także przekazać służbom granicznym i sanitarnym na ich prośbę**. Formularze te różnią się w zależności od kraju i podlegają decyzjom władz lokalnych, dlatego też usilnie zalecamy, aby przed podróżą zawsze sprawdzić obowiązujące przepisy dotyczące podróży na oficjalnych stronach internetowych i upewnić się, że posiadasz najnowsze informacje.

Informujemy ponadto, że **wszyscy pasażerowie przybywający do Polski zobowiązani są do odbycia 10-dniowej kwarantanny. Obowiązek odbycia kwarantanny może zostać zniesiony jeśli pasażer wykona test PCR lub test antygenowy w ciągu 48 godzin od momentu przekroczenia granicy i uzyska wynik negatywny**.

Obowiązku tego nie stosuje się w przypadku przekraczania granicy Rzeczypospolitej Polskiej przez następujące osoby:

- pasażerowie podróżujący z krajów należących do strefy Schengen, którzy posiadają negatywny wynik testu PCR lub testu antygenowego w kierunku COVID-19, wykonanego w ciągu 48 godzin przed przekroczeniem granicy i wydanego w języku polskim lub angielskim,
- pasażerowie zaszczepieni przeciwko COVID-19, posiadający ze sobą wydany certyfikat szczepienia zatwierdzonego przez UE (<http://www.urpl.gov.pl/pl/urz%C4%85d/szczepionki-covid-19>),
- uczniowie pobierający naukę w Rzeczypospolitej Polskiej i ich opiekunowie, którzy przekraczają granicę wraz z uczniami w celu umożliwienia tej nauki,
- uczestnicy studiów podyplomowych, szkoleń specjalistycznych i innych form kształcenia, a także doktoranci studiujący w Polsce oraz osoby prowadzące w Polsce badania naukowe,
- żołnierze Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej lub żołnierze wojsk sojusznicych, funkcjonariusze Policji, Straży Granicznej, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Służby Celno-Skarbowej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Służby Ochrony Państwa, inspektorzy Inspekcji Transportu Drogowego, wykonujący zadania służbowe,
- członkowie misji dyplomatycznych, urzędów konsularnych i przedstawiciele organizacji międzynarodowych oraz członkowie ich rodzin, a także inne osoby przekraczające granicę na podstawie paszportu dyplomatycznego,
- inspektorzy administracji morskiej lub uznanej organizacji, o której mowa w przepisach o bezpieczeństwie morskim, którzy przekraczają granicę w celu przeprowadzenia inspekcji,
- osoby wykonujące pracę w gospodarstwie rolnym położonym po obu stronach granicy,
- w celu przejazdu przez terytorium Rzeczypospolitej Polskiej do miejsca zamieszkania lub pobytu przez cudzoziemców posiadających zezwolenie na pobyt stały lub zezwolenie na pobyt rezydenta długoterminowego Unii Europejskiej, na terytorium innych państw członkowskich Unii Europejskiej, państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej oraz ich małżonków i dzieci,
- osoby biorące udział w charakterze zawodnika, członka sztabu szkoleniowego, lekarza, fizjoterapeuty lub sędziego, a także akredytowanego dziennikarza w międzynarodowych zawodach sportowych organizowanych na terytorium Polski,

28. City		29. State/Region/Województwo		30. District/Posiadek	
31. Commune		32. ZIP/Postal code		33. Country	

EMERGENCY CONTACT INFORMATION of someone who can reach you during the next 30 days

34. Last (Family) Name		35. First (Given) Name		36. City	
37. Country		38. Email			

39. 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)			

40. TRAVEL COMPANIONS – NOT FAMILY: Also include name of group (if any)

Last (Family) Name	First (Given) Name	Group (type, train, business, other)
1)		
2)		
3)		

Data wydania: 03.07.2020

Karta Lokalnej Pasażera: W celu ochrony Twojego zdrowia, pracownicy służby zdrowia poproszą Cię o wypełnienie tego formularza przed odprawą. Proszę pamiętać, że formularz ten jest przeznaczony do użycia wyłącznie przez Ciebie. Nie należy go udostępniać innym osobom. Formularz ten jest przeznaczony do użycia wyłącznie przez Ciebie. Nie należy go udostępniać innym osobom. Formularz ten jest przeznaczony do użycia wyłącznie przez Ciebie. Nie należy go udostępniać innym osobom.

INFORMACJE O LODGE: 1. Nazwa linii lotniczych 2. Nr lotu 3. Nr siedzenia 4. Data przylotu (rr/nn/ddd)

5. Nazwisko		6. Imię		7. Inicjał drugiego imienia		8. Płeć	
9. Narodowość		10. Data urodzenia (rr/nn/ddd)		11. PESEL lub numer dokumentu tożsamości			

NUMER TELEFONU pod jakim można Cię znaleźć, proszę podać kod kraju i miasto

12. Między		13. Wewnętrzny	
14. Dwa		15. Trzy	
16. Inni			

ADRES WIELKOPOLSKI: 17. Ulica i numer domu (oddziel wolnymi polami) 18. Numer mieszkania

19. Miasto		20. Region/Województwo		21. Poczta	
22. Gmina		23. Kod pocztowy		24. Kraj	

ADRES WYKONAWCZY: jeśli jest inny niż adres pierwszego pobytu

25. Nazwa hotelu (jeśli hotel)		26. Ulica i numer (oddziel wolnymi polami)		27. Numer mieszkania/pokoju	
28. Miasto		29. Region/Województwo		30. Poczta	
31. Gmina		32. Kod pocztowy		33. Kraj	

OSOBĄ DO KONTAKTU W WĄSKIM WYKONAWCZYM lub ktoś kto może się z Tobą skontaktować w ciągu następnych 30 dni

34. Nazwisko		35. Imię		36. Miasto	
37. Kraj		38. Email			

39. TOWARZYSE PODRÓŻY – RODZINA: podaj wiek tylko jeśli jest niższy niż 18 lat

Nazwisko	Imię	Nr siedzenia	Wiek <18
1)			
2)			
3)			
4)			

40. TOWARZYSE PODRÓŻY – NIERODZINA: nazwa grupy (jeśli dotyczy)

Nazwisko	Imię	Grupa (typ, cięciwo, stowarzyszenie)
1)		
2)		
3)		

Data wydania: 03.07.2020

ATTACHMENT to State letter EC 6/3 - 20/90

PUBLIC HEALTH COVID-19 PASSENGER SELF DECLARATION FORM

Proposed – a health declaration to include on the reverse of the existing PLF

PUBLIC HEALTH COVID-19 PASSENGER SELF DECLARATION FORM

Purpose of this form:
This form is intended to support public health authorities by allowing arriving passengers to easily provide relevant information pertaining to their health status, particularly with regard to COVID-19. Information needs to be recorded by an adult member of the group or travel group. Notwithstanding completion of this form, a passenger might still be subjected to additional health screening by the Public Health Authority as part of a multi-layer prevention approach. Your information is intended to be held in accordance with applicable national laws and used only for public health purposes.

1) Traveller Information:

First Name(s): _____

Last Name(s): _____

Date of Birth (dd/mm/yyyy):	_____
Travel document No. & issuing country:	_____
Country of residence:	_____
Port of Origin:	_____
2) During the past 14 days, have you, or a member of your group travelling with you, had close contact (face-to-face contact for more than 15 minutes or direct physical contact) with someone who had symptoms suggestive of COVID-19? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
3) Have you, or any member of your group travelling with you, had any of the following symptoms during the past 14 days:	
Fever	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Shortness of breath	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Coughing	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Sudden loss of sense of taste or smell	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4) Have you, or any member of your group travelling with you, had a positive COVID-19 test in the last 3 days? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Please attach report if available	
5) Please indicate all countries and cities that you and the group travelling with you have visited or transited through in the last 14 days (including airports and ports), providing the dates of the visit. List the most recent country first.	

For more information on penalties related to the provision of false information on this form, please refer to the applicable national legislation and/or local health authorities.	
Signature:	_____
Date:	_____

DEKLARACJA PASAŻERA DLA CELÓW OCHRONY ZDROWIA PUBLICZNEGO W ZWIĄZKU Z COVID-19	
(opracowano na podstawie ICAO State letter EC 6/3 - 20/90) Zaleca się, aby deklaracja o stanie zdrowia znajdowała się na odrębnej stronie Formularza Lokalizacji Podróźnego.	
Cel formularza: Niniejszy formularz służy wspomnieniu organów władzy odpowiedzialnych za zdrowie publiczne poprzez ułatwienie przylatującym pasażerom przekazanie odpowiednich informacji na temat ich zdrowia, w szczególności w związku z COVID-19. Informacja powinna zostać odtworzona przez każdego dotychczasowego członka grupy lub grupy turystycznej. Pomimo wypełnienia formularza pasażer może zostać poddany dodatkowemu badaniu przez przedstawicieli organów władzy odpowiedzialnych za zdrowie publiczne jako element systemu wielopozostawowego zapobiegania. Podane przez państwa informacje będą przechowywane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa krajowego i będą wykorzystane wyłącznie dla celów ochrony zdrowia publicznego.	
1) Informacje o podróżnym:	
Imię/Imiona:	_____
Nazwisko:	_____
Data urodzenia (dd/mm/rrrr):	_____
Dokument tożsamości i kraj wydania:	_____
Kraj zamieszkania:	_____
Port lotniskowy wylotu:	_____
2) Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał/a Pan/i lub członek grupy, z którą Pan/i podróżuje, bliski kontakt (kontakt trwający w czasie dłuższy niż przez 15 min. lub bezpośredni kontakt fizyczny) z osobą, która miała objawy wskazujące na zakażenie COVID-19? Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
3) Czy miał/a Pan/i lub członek grupy, z którą Pan/i podróżuje, którykolwiek z poniższych objawów w ciągu ostatnich 14 dni:	
Gorączka	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Duszności	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Kaszel	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Nagła utrata smaku lub węchu	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
4) Czy miał/a Pan/i lub członek grupy, z którą Pan/i podróżuje, pozytywny test na COVID-19 w ciągu ostatnich 3 dni? Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
Proszę dołączyć raport, jeśli to możliwe	
5) Proszę wymienić wszystkie kraje i miasta, które odwiedził/a Pan/i lub przez które przejeżdżał/a Pan/i w ciągu ostatnich 14 dni wraz z grupą, z którą Pan/i podróżuje (w tym lotniska i porty), podając datę wizyty. Proszę w pierwszej kolejności wymienić ostatnie miejsca pobytu.	

Aby uzyskać więcej informacji na temat kar związanych z podaniem fałszywych danych w niniejszym formularzu, proszę zapoznać się z obowiązującymi przepisami krajowymi i/lub skontaktować się z instytucjami ds. zdrowia publicznego.	
Podpisać:	
Data:	