



.....
Data planowanej operacji

.....
Firma realizująca transport medyczny (nazwa i tel. kontaktowy)

.....
Dane do faktury firmy realizującej transport medyczny

.....
Nr rejestracyjny karetki /marka i model pojazdu

.....
Linia lotnicza/przewoźnik transportujący chorego / nr rejsu lub znaki rejestracyjne statku
powietrznego

Czy u pasażera została stwierdzona/jest podejrzewana choroba zakaźna?¹ Tak Nie

Dane osób wjeżdżających na teren Portu Lotniczego/obsługa lub załoga karetki/ambulansu
(bez danych pasażerów posiadających kartę wstępu na pokład statku powietrznego lub
wpisanych na listę pasażerów/podróżnych lub uwzględnionych w innych dokumentach
świadczących o prawie wstępu na pokład):

1.
imię nazwisko stanowisko nr pesel / nr paszportu lub dowodu os.

2.
imię nazwisko stanowisko nr pesel / nr paszportu lub dowodu os.

3.
imię nazwisko stanowisko nr pesel / nr paszportu lub dowodu os.

4.
imię nazwisko stanowisko nr pesel / nr paszportu lub dowodu os.

.....
Podpis Agenta Obsługi Naziemnej
zgłaszającego planowany transport
nr telefonu kontaktowego

.....
Pieczęć firmowa, czytelny podpis
oraz nr telefonu kontaktowego osoby
wypełniającej formularz

¹ Właściwą odpowiedź należy zaznaczyć znakiem X



.....
Date of planned operation

.....
Company performing medical transport (name and phone)

.....
Invoice details for the company performing medical transport

.....
Ambulance registration number /vehicle brand and model

.....
Airline/carrier transporting the patient / flight number or aircraft registration marking

Does the passenger have/is suspected of having a communicable disease?¹ Yes No

Details of persons entering the Airport premises/ambulance staff or crew (excluding data of passengers with boarding pass or entered on the passenger/travellers list or included on other documents authorising the holder to access the aircraft):

| | | | |
|---------------------|----------|--------------------------------------|-------|
| 1. .... | ..... | ..... | ..... |
| first and last name | position | pesel number / passport or ID number | |
| 2. .... | ..... | ..... | ..... |
| first and last name | position | pesel number / passport or ID number | |
| 3. .... | ..... | ..... | ..... |
| first and last name | position | pesel number / passport or ID number | |
| 4. .... | ..... | ..... | ..... |
| first and last name | position | pesel number / passport or ID number | |

.....
Signature of the Ground Handling Agent
signature of the person reporting
the planned transport
contact phone number

.....
company seal, legible signature
and contact phone number
of the person filling out the form

¹ Mark with X as applicable