

HOTEL MIRAMAR / MÁLAGA

NOMBRE:

Apellidos:

Género:

M

H

Fecha de nacimiento: / /

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:@.....

Fecha de llegada: / /

Fecha de salida: / /

FORMULARIO DE PASAJEROS DE FLYAIR

NOMBRE:
APELLIDOS:

N° DE PASAPORTE:

TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

NÚMERO DE TELÉFONO DE UN FAMILIAR:

DIRECCIÓN EN ESPAÑA:

DIRECCIÓN EN TURQUÍA:

VUELO N° :

SEDE N° :

FECHA DE VUELO: .../.../.....

Si tiene uno o más de los síntomas que se enumeran a continuación, compruebe:

Fiebre Tos Dolor de garganta Dificultad para respirar

Países que ha visitado en los últimos 14 días: Italia - Francia

¿Ha estado en contacto estrecho con un paciente bajo investigación por sospecha de COVID-19?

Sí No No sé

La información que he declarado son correctas y personales.

Fecha: .../.../.....

Firma:

YOLCU FORMU FLYAİR

AD SOYAD :

PASSAPORT NO :

TELEFON :

E-POSTA :

BİR YAKININIZIN TELEFONU :

FRANSA ADRES :

TÜRKİYE ADRES:

UÇUŞ NO:

KOLTUK NO :

TARİH : .../.../.....

Aşağıda yazılan belirtilerden bir veya birkaçı sizde varsa lütfen işaretleyiniz =ne var?

Ateş Öksürük Boğaz Ağrısı Nefes Darlığı

Son 14 gün içinde bulunduğunuz ülkeler : İtalya -İspanya

COVID-19 şüphesi ile incelenen bir hasta ile yakın temasta buldunuz mu?

Evet Hayır Bilinmiyor

Beyan ettiğim bilgiler doğru olup tarafıma aittir.

Beyan Tarihi : .../.../.....

İmza