Formularz lokalizacji

W związku z koronawirusem SARS-CoV-2 / COVID-19 przy wjeździe do Niemiec obowiązują szczególne przepisy. Ponieważ wjeżdżasz ze strefy ryzyka, zgodnie z niemieckim prawem jesteś zobowiązany do wypełnienia tej karty lokalizacji w celu poinformowania właściwy wydział zdrowia o swoim miejscu pobytu w Niemczech.
Należy wypełnić jeden formularz na osobę. W przypadku osób niepełnoletnich lub opiekujących się nimi formularz musi być dostarczony przez opiekuna lub Osobę nadzorującą w wypełnieniu i podpisaniu.
Wypełnij formularz dużymi literami. Zostaw puste pole na spacje.Niewłaściwe informacje mogą być ścigane jako wykroczenie administracyjne i grozi grzywną do 25 000 EUR.

INFORMACJE PODRÓŻNE: 1. Nazwa przewoźnika | 2. Numer linii | 3. Miejsce, jeśli dotyczy | 4. Data przyjazdu (RRRR / MM / DD)

2 0

5. Miejsce wyjazdu / wyjazdu (proszę podać miasto i kraj)

6. przez (wprowadź tylko w przypadku przesiadki)

INFORMACJE OSOBISTE: 7. Nazwisko (nazwisko rodowe) | 8. Imię (imiona) | 9. Płeć

kobieta ☐
mężczyzna ☐
inne ☐

10. NARODOWOŚĆ | 11. Data urodzenia (RRRR / MM / DD)

NUMERY TELEFONÓW, na które należy dzwonić w razie potrzeby, w tym kod kraju i kod miasta:

12. Komórka
13. Praca
14. Prywatny
15. E-Mail

ADRES ZAMIESZKANIA / ADRES LOKALIZACJI W NIEMCZECH:

16. Nazwa hotelu (jeśli dotyczy) | 17. Ulica i numer domu (proszę zostawić pole między ulicą i numerem domu) | 18. Numer mieszkania

19. Miasto | 20. Land Federacji | 21. Kod Pocztowy

ADRES INNYCH PLANOWANYCH LOKALIZACJI W CIĄGU NASTĘPNYCH 14 DNI:

22. Nazwa hotelu (jeśli dotyczy) | 23. Ulica i numer domu (proszę zostawić pole między ulicą a numerem domu) | 24. Numer mieszkania

25. Miasto | 26. Land Federacji | 27. Kod Pocztowy

28. CZY MASZ JAKIEKOLWIEK OBJAWY CHOROBY: GORĄCZKA, KASZEL, UTRATA ZAPACHU LUB SMAKU, PROBLEMY ODDYCHANIU?

☐ nie ☐ tak

29. OBECNOŚĆ BADANIA NA ZAKAŻENIE CORONAVIRUS SARS-CoV-2:
Czy test na zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 był ujemny w ciągu 48 godzin przed wjazdem do Niemiec?

☐ nie ☐ tak

Kraj, w którym przeprowadzono test | Data badania (RRRR / MM / DD)

2 0

PODPIS, którym zapewnia się poprawność informacji: