

KARTA KIEROWCY / DRIVER FROM

Numer
(wypełnia przedstawiciel Straży Granicznej)
/Number
(to be completed by Border Guard)

i

Kierowco, w celu ochrony Twojego zdrowia i zdrowia podróżnych, w związku z zagrożeniem epidemią koronawirusa, pracownicy służby zdrowia poproszą Cię o wypełnienie tego formularza. Podanie poniższych informacji pozwoli im na kontakt z Tobą i pasażerami jeśli doszło do narażenia na chorobę zakaźną. Dane będą zabezpieczone zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych i użyte jedynie do ochrony zdrowia publicznego. Bardzo ważne jest aby wypełnić ten formularz dokładnie i w całości.

Dziękujemy, że pozwalasz nam dbać o zdrowie Twoje i Twoich Pasażerów.

To protect your health and health of passengers, due to Coronavirus disease, public health officers kindly ask you to complete this form. 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 and health of passengers.

DANE O PODRÓŻY / TRAVEL DATA

	Adres (państwo, województwo/region, powiat, miejscowość, ulica, nr domu, nazwa lub rodzaj np. dworzec) Address (country, state/province, city, street, number, type e.g. station)	Data i przybliżona godzina /Date and time (RRRR/MM/DD GG)
Wyjazd z: / From:		
Przyjazd do: /To:		

DANE FIRMY PRZEWOZOWEJ / WŁAŚCICIELA POJAZDU COMPANY / BUS OWNER DATA

Nazwa firmy / Imię i nazwisko właściciela: /Company name/ owner - first name, last name:	
REGON firmy / nr PESEL właściciela/ państwo pochodzenia w przypadku firmy lub właściciela z zagranicy: /REGON number/ PESEL number/ country, in the case of foreign company:	
Nr tel. do kontaktu z firmą/ właścicielem: /Contact telephone number:	
Adres e-mail do kontaktu z firmą/ właścicielem: /Contact email address:	
Nr rej. pojazdu: /Car registration number:	

DANE KIEROWCY / DRIVER DATA

Imię i nazwisko: /First name, last name:	
Nr PESEL/ rodzaj, nr i seria innego dokumentu potwierdzającego tożsamość: /PESEL number/identity document reference number:	
Adres zamieszkania (państwo, województwo/region, powiat, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy): /Address of residence (country, state/province, city, street, number, postal code)	
Nr tel. do kontaktu (najlepiej komórkowy, możesz podać więcej niż jeden): /Contact telephone number (mobile phone if possible, you can give more than one):	
Adres e-mail do kontaktu: /Contact email address:	
Adres tymczasowy – Jeżeli jesteś w Polsce tylko przejazdem (państwo, województwo, powiat, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy ew. nazwa hotelu): /Temporary address, if you are a visitor (country, state/province, city, street, number, postal code, name of the hotel):	
Osoba do kontaktu, w razie nagłej potrzeby (imię i nazwisko, nr tel. najlepiej komórkowy): /Person for emergency contact (first name, last name, contact telephone number, mobile phone if possible)	

KARTA PASAŻERA / PASSENGER FORM

i W celu ochrony Twojego zdrowia, w związku z zagrożeniem epidemią koronawirusa, pracownicy służby zdrowia poproszą Cię o wypełnienie tego formularza. Podanie poniższych informacji pozwoli im 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. W przypadku dziecka, kartę wypełnia dorosły opiekun.

Dziękujemy, że pomagasz nam chronić Swoje zdrowie

To protect your health, due to Coronavirus disease, public health officers kindly ask you to complete this form. 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.

In the case of children, this form is to be completed by adults.

Thank You for helping us to protect your health

Imię i nazwisko: /First name, last name:	
Nr PESEL/rodzaj, nr i seria innego dokumentu potwierdzającego tożsamość: /PESEL number/identity document's reference number:	
Adres zamieszkania (państwo, województwo/region, powiat, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy): /Address of residence (country, state/province, city, street, number, postal code):	
Nr tel. do kontaktu (najlepiej komórkowy, możesz podać więcej niż jeden): /Contact telephone number (mobile phone if possible, you can give more than one):	
Adres e-mail do kontaktu: /Contact email address:	
Adres tymczasowy – jeżeli jesteś w Polsce tylko przejazdem (państwo, województwo, powiat, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy ew. nazwa hotelu): /Temporary address, if you are a visitor (country, state/province, city, street, number, postal code, name of the hotel):	
Osoba do kontaktu, w razie nagłej potrzeby (imię i nazwisko, nr tel. najlepiej komórkowy): /Person for emergency contact (first name, last name, contact telephone number, mobile phone if possible):	

