

УЗ - 310 - ОНО

Отдел по Наземному Обслуживанию

Издание 1

30.06.2019г

Ревизия 0

Стр 1 из 1

MEDIF I (SAF)

| | | | |
|--|---|---|--|
| 1. ФИО: | | Возраст: | Пол: |
| Номер телефона (код страны и области): | | | |
| E-mail: | | Fax: | |
| 2. Passenger name Record (PNR): | | | |
| 3. Маршрут | | | |
| Из: | В: | Номер рейса: | Класс: Дата: |
| 4. Характер инвалидности и / или необходимая помощь: | | | |
| 5. На борту требуются носилки | | | |
| | | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 6. Нуждается в сопровождении в полете: | | | |
| Имя сопровождающего: | | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Мед. квалификация: | Терапевт <input type="checkbox"/> | Медсестра <input type="checkbox"/> | Нет PNR (если отлич.) <input type="checkbox"/> |
| 7. Требуется инвалидная коляска: | | | |
| WCHR <input type="checkbox"/> | Передвигается, но с затруднением в ходьбе: нуждается в помощи в терминале к/от гейта, нуждается в коляске или прочем при посадке/высадке пассажиров, при передвижении по перрону. Не нуждается в помощи в перронном автобусе, и в салоне ВС: передвижение к/от месту, туалету и с едой. | | |
| WCHS <input type="checkbox"/> | Передвигается, но более ограничен в ходьбе: Не может использовать перронный автобус и/или нуждается в помощи при посадке/высадке (e.g. на пассажирском трапе). Не нуждается в помощи в перронном автобусе, и в салоне ВС: передвижение к/от месту, туалету и с едой. | | |
| WCHC <input type="checkbox"/> | Не передвигается: нуждается так же в помощи на борту ВС передвижении к/от места, туалета и с едой (Помощь в туалете или во время еды не предоставляется авиакомпанией). | | |
| Своя коляска: WCH OWN <input type="checkbox"/> | | На батарее: WCH BD/сухие батареи <input type="checkbox"/> | |
| Размер (W/H/L cm): | | Разборная: <input type="checkbox"/> | |
| Вес (kg): | | | |
| 8. Передвижение к/от Аэропорта: | | | |
| | | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Название компании | | | |
| Контакты (phone/e-mail): | | | |
| 9. Помощь (не коляска) требуется в аэропорту: | | | |
| | | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Специальные нужды: | | | |
| 10. Требуется другая наземная поддержка: | | | |
| | | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Опишите: | | | |
| 11. Спец. нужду/поддержка/оборудование (вкл. своё оборудование) | | | |
| | | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| требуемое в полёте/на борту: | | | |
| Пожалуйста опишите (доп. место, тип оборудования, спец. сидение, т.д.): | | | |
| Возникающие расходы за счет пассажира. | | | |
| 12. FREMEC (Карта медицинского путешественника): | | | |
| | | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Действительна до: | | Выдана кем: | |
| Если требуется FRMEC пожалуйста включите полный адрес и телефон, номер приложения: | | | |
| Адрес: | | Номер телефона: | |