


FORMULÁŘ PRO VSTUP DO EGYPTA



Declaration Form

Under the International Health Regulations (IHR 2005) and the Egyptian Quarantine law, this Public Health Declaration Form is a mandatory document and aims to protect your health. 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.

I, the undersigned, hereby confirm that all the information I provide below is correct and that I have neither been recently diagnosed with COVID-19, nor did I, knowingly, have had close contact with any person suspected or tested positive for COVID-19, nor have suffered from any symptoms during the past 14 days.

Full Name:

Nationality:

Date of Birth:

Day Month Year

Passport Number:

Profession:

Airline Name:

Flight Number:

Arriving from:

Address in Egypt:

Telephone/Mobile Number:

E-mail Address:

Insurance Details:

Do you have symptoms such as high fever, cough, sore throat and shortness of breath?

Yes

In the last 14 days, have you had contact with someone who tested with COVID-19?

Yes

Which country/countries have you visited (full route) during the past 14 days?

.....

Should I experience any symptoms of COVID-19 during my stay in Egypt, I will immediately report the incident to the hotel management and doctor and seek the necessary medical assistance, or call 105.

Should I change the above mentioned address or phone number during my stay in Egypt I will call 105 to give the new information.

In case I violate the above, the Egyptian Government shall not be subject to any liability, whatsoever, if I show evidence of positive testing for COVID-19 during the 14 days after departure.

Failure to submit this declaration will result in an illegal entry to the country.

I hereby confirm that I have read and understood all of the above.

Signature: Date:

Prohlášení cestovatele

Dle mezinárodních zdravotních předpisů a egyptských zákonů je tento formulář prohlášením o zdravotním stavu a jeho cílem je chránit vaše zdraví. Vyplněním formuláře pomůžete úřadům v kontaktování, v případě, že jste byl v kontaktu s pozitivně testovanou osobou na COVID-19. Důležité je vyplnit formulář celý a pravdivě.

Já, níže podepsaný, potvrzuji, že všechny níže uvedené informace jsou pravdivé a že mi nebyl v poslední době diagnostikován COVID-19. Vědomě jsem se nesetkal s žádnou osobou podezřelou nebo pozitivně testovanou na COVID-19 a netrpěl jsem žádnými příznaky během posledních 14 dnů.

Jméno + Příjmení

Národnost (Czech)

Datum narození (Den, měsíc, rok)

Číslo pasu

Zaměstnání

Název letecké společnosti (Smartwings)

Číslo letu (QSXXXX)

Přilet z (Czech republic)

Název hotelu

Telefonní číslo (+420...)

E-mailová adresa

Pojištění

Máte nějaké příznaky jako je horečka, kašel, bolest v krku nebo potíže s dýcháním?

ANO/NE

Byl jste v posledních 14 dnech v kontaktu s někým, kdo byl testován na COVID-19?

ANO/NE

Které země jste navštívil za posledních 14 dní?

Pokud během svého pobytu v Egyptě pocítím jakékoliv příznaky COVID-19, okamžitě se ohlásím na recepci hotelu a vyhledám lékařskou pomoc, nebo zavolám na číslo 105. Pokud během pobytu v Egyptě nastane změna jakýchkoliv výše uvedených informací, zavolám na číslo 105 a informace aktualizuji. V případě, že poruším výše uvedené, nebude Egyptská vláda nikterak odpovědná, pokud budu během 14 dnů po návratu z destinace pozitivně testován na COVID-19.

Nevyplnění tohoto formuláře bude mít za následek nepovolený vstup do země.

Tímto potvrzuji, že jsem si přečetl a porozuměl všem výše uvedeným informacím.

PODPIS / DATUM