

شماره: ۱۲۱۵ / م ب

تاریخ: ۱۳۹۹/۱۰/۰۷


به: رؤسای محترم شعب "هما" و مدیران محترم دفاتر خدمات مسافرت هوایی  
موضوع: بروز رسانی مقررات سفر به کشور ترکیه در شرایط کنونی (الزام تکمیل فرم تعهدنامه)


احتراماً پیرو اطلاع واصله از ریاست محترم "هما" در ترکیه در خصوص شرایط کنونی سفر به کشور ترکیه و پروتکل های بهداشتی این کشور در ارتباط با جلوگیری از گسترش ویروس کرونا (بیماری کووید-۱۹)، مسافران دارای تابعیت ایرانی می توانند با مجوز اقامتی یا بصورت توریستی به این کشور سفر نمایند. (این رویه جایگزین رویه ۱۱۸۹/م ب میگردد.)

کلیه مسافران بالای دو سال در پروازهای ورودی به ترکیه می بایست قبل از پرواز اقدام به انجام آزمایش PCR نمایند و گواهی جواب منفی تست کرونا در محدوده ۷۲ ساعت مانده به پرواز را به زبان انگلیسی به همراه داشته باشند. شایان ذکر است مسافران قبل از پرواز می بایست فرم اظهارنامه پیوست را تکمیل نموده و به همراه داشته باشند و در هنگام ورود به ترکیه به کارکنان مربوطه ارائه نمایند. ورود هرگونه بار دستی بصورت ترولی یا چرخدار به داخل کابین پروازی مجاز نبوده و مسافران صرفاً می توانند فقط به تعداد یک کوله پشتی و یا یک ساک دستی جهت بار همراه به داخل کابین استفاده نمایند. استفاده از ماسک در طول پرواز و در فرودگاه ها الزامی می باشد.

محمد هادی صانعی

رئیس رویه ها و مقررات بازرگانی

TR		YOLCU BİLGİ FORMU			
AD SOYAD					
TC NO / PASAPORT NO					
TELEFON NO					
SİZE ULAŞILABİLECEK KİŞİ TELEFON NO					
UÇUŞ NO	KOLTUK NO:	TARİH:			
TÜRKİYEDE BULUNACAĞI ADRES/GİDECEĞİ ÜLKE					
Aşağıda yazılan belirtilerden bir veya birkaçı sizde varsa lütfen işaretleyiniz.					
<input type="checkbox"/> Ateş <input type="checkbox"/> Öksürük <input type="checkbox"/> Boğaz Ağrısı <input type="checkbox"/> Nefes Darlığı					
Son 14 gün içinde bulunduğunuz ülkeler :.....					
COVID-19 şüphesi ile incelenen bir hasta ile yakın temasta bulundunuz mu?					
<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor					
Beyan ettiğim bilgiler doğru olup tarafıma aittir.					
Beyan Tarihi : ....../.... / 2020		İmza			
Not: Formda verilen bilgilerin yanlış olduğunun anlaşılması durumunda, formu dolduran hakkında yasal yollara başvurulacaktır.					

EN		PASSENGER INFORMATION FORM			
NAME/LAST NAME					
PASSPORT NUMBER					
PHONE NUMBER OF THE PERSON WHO CAN BE REACHED TO CONTACT WITH YOU					
PHONE NUMBER					
FLIGHT NUMBER	SEAT NUMBER:	DATE :			
ADDRESS IN TURKEY OR DESTINATION					
If you have one or more of the symptoms below, please tick them.					
<input type="checkbox"/> High Fever <input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> Sore throat <input type="checkbox"/> Shortness of breath					
The countries you have been in the last 14 days:.....					
Have you had close contact with a patient who was suspected with COVID-19?					
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown					
The information I declare is correct and belongs to me.					
Declaration Date: ....../.... / 2020		Signature			
Note: If it is understood that the information provided on the form is incorrect, legal remedies will be taken against the person who filled out the form.					