

Full Name*	Фамилия Имя	По загранпаспорту
Date of Birth*	Дата рождения	Заполняется в календаре
Gender*	Пол	Выбрать из списка
Flight number / Tail number*	Номер рейса	Заполняется без пробелов, заглавные латинские буквы
Seat Number*	Номер места	Заполняется без пробелов, заглавная латинская буква с номером
PNR Number	Номер бронирования	Заполняется без пробелов, заглавные латинские буквы
Nationality*	Национальность	Выбрать из списка
Upload your Passport Copy (Upload file type PDF The maximum upload size is 1MB. File name with any special characters and space are not permitted. Only hyphen and underscore permitted).	Загрузить копию заграничного паспорта	Только формат PDF, максимальный размер 1MB, Имя файла только латинскими буквами, не допускаются специальные символы и пробелы, разрешены дефис и подчеркивание
Date of Arrival	Дата прибытия в Индию	Заполняется в календаре
Country of Departure (Origin)*	Страна отправления	Выбрать из списка
Are you taking a connecting Domestic flight	Есть ли стыковочный рейс	
Upload RT-PCR Negative Certificate* Test should be taken within 72 hours of departure. Upload file type PDF The maximum upload size is 1MB. File name with any special characters and space are not permitted. Only hyphen and underscore permitted.	Загрузите ПЦР тест Тест должен быть сделан в течении 72 перед отбытием	Только формат PDF, максимальный размер 1MB, Имя файла только латинскими буквами, не допускаются специальные символы и пробелы, разрешены дефис и подчеркивание
Date of RT-PCR Test Taken*	Дата сдачи ПЦР	Заполняется в календаре
Upload Vaccination Certificate Upload file type PDF The maximum upload size is 1MB. File name with any special characters and space are not permitted. Only hyphen and underscore permitted.	Загрузите сертификат о вакцинации	Только формат PDF, максимальный размер 1MB, Имя файла только латинскими буквами, не допускаются специальные символы и пробелы, разрешены дефис и подчеркивание
Date of Final Dose of Vaccination	Дата последней дозы	Заполняется в календаре
City of Departure*	Город отбытия	
First Airport of Entry*	Первый аэропорт прибытия	Выбрать из списка
First Airport of Entry State/Union Territories*	Ввести финальный аэропорт прибытия	Выбрать из списка
Final Destination - House Number*	Окончательный пункт назначения – номер дома	
Final Destination Street/Village*	Окончательный пункт назначения – улица/деревня	

Final Destination State/Union Territories*	Окончательный пункт назначения – штат/объединенные территории	
Final Destination District/City	Окончательный пункт назначения – округ/город	
Final Destination Pincode*	Окончательный пункт назначения – индекс	
Mobile Number*	Мобильный телефон	<i>Без пробелов</i>
Alternate Contact Number	Альтернативный контактный номер	<i>Без пробелов</i>
Email ID*	Электронная почта	
Are you experiencing any of the following symptoms?* Fever Cough Respiratory Distress	Есть ли у Вас следующие симптомы? Температура Кашель Респираторные явления	<i>Пометить да или нет</i>
Are you suffering from* Diabetes Hypertension Bronchial Asthma Cancer Under Immunosuppressive Therapy Post Transplant Patients	Вы страдаете от Диабет Гипертония Бронхиальная астма Рак Иммунносупрессивная терапия Пациент после трансплантации	<i>Пометить да или нет</i>
Details of the Countries visited in last 14 days?*	Названия стран, посещенных за последние 14 дней	
How many passengers are travelling?	Сколько пассажиров путешествуют	
I agree to the guidelines issued by Ministry of Health & Family Welfare	Я согласен с инструкциями Министерства здравоохранения и защиты семьи	<i>Дать согласие</i>
The above information is correct and in case of any wrong information and non-cooperation, I will be liable for punishable offence under the provisions of the Indian Penal Code and Disaster management Act. I also agree to the terms & conditions.	Вышеуказанная информация верна, и в случае предоставления неверной информации или отказа от сотрудничества я буду нести ответственность за правонарушение, наказуемое в соответствии с положениями Уголовного кодекса Индии и Закона о ликвидации последствий стихийных бедствий. Я также согласен с условиями.	<i>Дать согласие</i>

I undertake to quarantine/self monitor/take the self paid RTPCR test on arrival as applicable to me as per the latest MOHFW guidelines.	Я обязуюсь быть в карантине/ самостоятельно контролировать / проходить самостоятельно оплачиваемый тест RTPCR по прибытии, если это применимо ко мне, в соответствии с последними рекомендациями MOHFW.	<i>Дать согласие</i>
--	---	----------------------

ВСЯ ФОРМА ЗАПОЛНЯЕТСЯ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ!

РЕЗУЛЬТАТ ПРИХОДИТ НА ЭЛЕКТРОННУЮ ПОЧТУ, УКАЗАННУЮ В ФОРМЕ.