
ZAŁĄCZNIKI

Załącznik 1.

FORMULARZ REZERWACYJNY DLA PASAŻERÓW NIEPEŁNOSPRAWNYCH ORAZ PASAŻERÓW Z OGRANICZONĄ MOŻLIWOŚCIĄ PORUSZANIA SIĘ

Chcielibyśmy aby wszyscy pasażerowie korzystający z Portu Lotniczego Wrocław byli w pełni zadowoleni z naszej obsługi. W związku z tym przygotowaliśmy, dla pasażerów niepełnosprawnych oraz pasażerów z ograniczoną możliwością poruszania się, formularz rezerwacyjny, który pomoże nam poznać Państwa wymagania, potrzeby i oczekiwania. Prosimy o wypełnienie i przesłanie formularza **najpóźniej 48 godzin** przed planową godziną odlotu na adres e-mail prm@wroclot.com.pl.

I. Szczegóły rezerwacji

Imię i nazwisko pasażera potrzebującego asysty: _____

Imię i nazwisko opiekuna pasażera potrzebującego asysty: _____

Data odlotu: _____

Port Lotniczy Wrocław S.A.

Numer rezerwacji: _____

Port docelowy i nr lotu: _____

Numer telefonu kontaktowego lub adres e-mail: _____

II. Ogólne informacje

1. Proszę opisać rodzaj swojej niepełnosprawności

III. Mobilność

1. Czy posiada Pan/Pani jakieś problemy z poruszaniem się? TAK / NIE

Jeśli nie, proszę przejść do punktu 2. Jeśli tak, proszę opisać.

2. Czy będzie się Pan/Pani poruszał na własnym wózku inwalidzkim? TAK / NIE

Port Lotniczy Wrocław S.A.

Jeśli nie, proszę przejść do punktu 3.

2a. Jeśli tak, to czy jest to elektryczny wózek ? TAK / NIE

2b. jeśli tak, to czy jest na: - suche baterie TAK / NIE

- mokre baterie TAK / NIE

2c. jeśli tak, to czy jest to wózek składany? TAK / NIE

2d. Jeśli tak, to proszę podać wielkość i wagę Pana/Pani wózka

Rozłożony:

szerokość cm wysokość cm głębokość cm

Złożony:

Szerokość cm wysokość cm głębokość cm

Waga: _____

3. Czy potrzebuje Pan / Pani lotniskowy wózek inwalidzki? TAK / NIE

4. Czy jest Pan/Pani w stanie samodzielnie wejść na / zejść z pokład / pokładu samolotu? TAK / NIE

IV. Inne

1. Czy Pana Pani stopień niepełnosprawności może utrudnić zobaczenie lub usłyszenie ważnych informacji bądź komunikatów dotyczących bezpieczeństwa?

TAK / NIE

V. Podczas lotu

1. Czy preferuje Pan / Pani siedzieć w pobliżu toalety? TAK / NIE

2. Czy podczas lotu jest Pan / Pani zmuszony brać leki? TAK / NIE

Jeśli TAK, proszę podać szczegóły: _____

3. Czy musi Pan / Pani zabrać ze sobą na pokład samolotu jakiś sprzęt medyczny? TAK / NIE

Jeśli TAK, proszę podać szczegóły: _____

4. Czy podróżuje Pan/Pani z psem przewodnikiem? TAK / NIE

Proszę być pewnym, że pies ma micro-chip, książeczkę zdrowia i paszport.

Dane uzyskane z formularza służyć będą tylko i wyłącznie w celu określenia właściwej pomocy dla osoby niepełnosprawnej lub mającej trudności z poruszaniem się.

Port Lotniczy Wrocław S.A.