

اینجانب (بیمار/همراه بیمار) ضمن درخواست استفاده از سرویس های مورد نیاز جهت حمل هوایی مسافر بیمار به مقصد مورد نظر، بدینوسیله آقا/خانم دکتر را به عنوان پزشک معتمد یا پزشک منتخب از سوی هواپیمایی پارس جهت بررسی شرایط بیمار و اعلام نظر تا حدی که برای تعیین وضعیت و شرایط سلامت بیمار جهت انجام مسافرت هوایی از لحاظ طبی ضروری است، مجاز می دانم و در صورت لزوم نامبرده می تواند اطلاعات طبی مربوط به بیمار را در اختیار مراکز پزشکی دیگر خطوط هوایی و مراکز دیگری که به لحاظ قانونی و یا طبی مجاز به دستیابی به اطلاعات مذکور می باشند، قرار دهد. اینجانب کاملاً قبول داشته و تایید میکنم که چنانچه شرایط بیمار به لحاظ طبی جهت انجام مسافرت هوایی مناسب تشخیص داده شود، در این صورت مطابق شرایط عمومی حمل شرکت هواپیمایی پارس به عنوان متولی حمل هوایی و براساس نظام تعرفه ای آن انجام خواهد گرفت و لذا مسوول حمل هیچ گونه مسئولیتی بیشتر از آنچه که در شرایط عمومی حمل و در نظام تعرفه ای آن مقرر شده است، تقبل نمی نماید. اینجانب با وقوف به مخاطرات مربوط به مسافرت هوایی، شخصاً کلیه پیامدها و مسائل ناشی از این سفر را که ممکن است در جریان سفر برای بیمار اتفاق افتد پذیرفته و بر این اساس، متولی حمل، مستخدمین، کارکنان و نمایندگان آن را به طور کامل در برابر کلیه مسئولیت های ناشی از این سفر از هر نوع که باشد، مصون و مبرا خواهم نمود و در ضمن تایید می نمایم که تمامی هزینه ها و مخارج خاصی را که در ارتباط با حمل هوایی مسافر بیمار از سوی متولی حمل تقبل شده است، به مجرد درخواست متولی حمل به وی پرداخت نمایم.

نام و نام خانوادگی بیمار/همراه بیمار

تاریخ و امضاء

Sick Passenger's Declaration This is (patient / patient companion) while requesting for any and all the services required for the carriage of the patient to his / her destination by air, hereby authorize doctor (as a trusted and / or designated physician from Pars Air), to give his / her medical advice about the patient general health condition, to the extent required to determine the patient's fitness and condition for an air travel, form the medical point of view and if necessary to release / disclose any such medical information, to any other airlines' medical center/s, as well as to any relevant sources who are legally and / or medically allowed to have access to such information, without any liability whatsoever which may arise out of such disclosure. I fully understand and confirm that when the patient has medically been found fit for the air travel, the journey will be made in accordance with the airline's "General Conditions of the Carriage" and according to its applicable tariffs and thus, the air carrier / airline shall not assume any further liability, other than those laid down in its "General Conditions of the Carriage", as well as in its tariffs. I personally at my own full risk confirm, that I accept any and all consequences whatsoever may the air traveling cause to the patient's health condition and as a result, I shall fully indemnify the air carrier, its service provider/s, employees and agents, from and against any and all liabilities arising there from, and also agree and confirm to reimburse to the carrier upon its demand, any and all the particular costs and expenses incurred and born by the carrier during the patient's air carriage.

Patient / Companion name & surname

Date & Signature