

MODULO DI PRE-REGISTRAZIONE – Pre-registration form VOLO KLM PER AMSTERDAM – KLM Flight to Amsterdam	
DATA E ORA DEL VOLO Flight Date and Time	
NOME Name	
COGNOME Surname	
DATA DI NASCITA Date of Birth	
LUOGO DI NASCITA Place of Birth	
NAZIONALITA' Nationality	
CODICE FISCALE Fiscal Code	
TIPO DI DOCUMENTO Document Type	
NR DOCUMENTO Document No.	
INDIRIZZO DI RESIDENZA Residence Address	
CITTA' City	
CAP Zip Code	
TELEFONO Phone Number	
E-MAIL email	

Gentile Utente, le chiediamo di compilare i dati richiesti per agevolare la procedura di registrazione e dimezzare il tempo di attesa per l'esecuzione del Tampone Rapido Antigenico prima del suo volo per Amsterdam.

Il modulo compilato dovrà essere trasmesso via mail il prima possibile al seguente indirizzo: ops@airmedicalservice.eu oppure via WhatsApp al numero +39 342 3198816.

La ringraziamo per la collaborazione e le auguriamo buon viaggio.

Dear User, we ask you to fill the requested data in order to facilitate the registration procedure and to reduce the waiting time for the execution of the Rapid Antigenic Swab before your flight to Amsterdam.

The completed form should be sent by email as soon as possible to the following address: ops@airmedicalservice.eu or by WhatsApp at +39 342 3198816.

Thank you for your cooperation and we wish you a safe journey.