

**מידע כללי:**

שם הנוסע \_\_\_\_\_

טלפון נייד \_\_\_\_\_

טיסה מספר \_\_\_\_\_ ליעד: \_\_\_\_\_ בתאריך: \_\_\_\_\_ מספר הזמנה: \_\_\_\_\_

נוסע המבקש לעשות שימוש במחולל חמצן בטיסות ישראיר, יגיש הצהרה זו חתומה על ידו בצרוף אישור הסטה מהרופא המטפל. בנוסף, ישלח הנוסע לבקשת החברה מפרט של יצרן מחולל החמצן שברשותו.

**את ההצהרה החתומה, אשור הרופא ומפרט היצרן יש להעביר לחברת ישראיר עד 72 שעות, לפני מועד הטיסה כדלקמן:**

טיסה פנים ארצית – מספר פקס: 03-7969200 (0) 972+, כתובת מייל: [reservations@israir.co.il](mailto:reservations@israir.co.il)

טיסה בינלאומית – מספר פקס: 03-5115554 (0) 972+, כתובת מייל: [site@israir.co.il](mailto:site@israir.co.il)

**הצהרת הנוסע:**

1. הנני אחראי לוודא כי מחולל החמצן פועל בצורה תקינה וללא כל נזק.
2. הנני אחראי לוודא כי ברשותי מספר מתאים של סוללות מוטענות לשימוש לכל אורך הטיסה, בהתאם לצריכת החמצן הנדרשת עבורי ובכלל בזמן שהיית המטוס על הקרקע.
3. הסוללות ו/או מכשיר הטעינה יארזו בתיק שיילקח לתא הנוסעים (לא ניתן לשלוח ככבודת מטען) ובצורה שתגן על הפריטים מפני נזק ו/או קצר חשמלי.
4. לא ניתן להשתמש בשקעי מתח הקבועים במטוס לצורך הפעלת מחולל חמצן ו/או טעינת הסוללות.
5. הובא לידיעתי כי, לא אוכל לשבת במושב המוגדר מושב יציאת חרום.
6. מחולל החמצן הינו באחריותי, בלבד ולחברת ישראיר אין אחריות לספק מתח ו/או סוללות ו/או כל ציוד אחר, הנדרש להפעלת מחולל החמצן.
7. לאנוכי או לנוסע/ת עימי, יש את הידע וההבנה לתפעול מחולל החמצן, במקרה הצורך והיכולת להגיב במקרה של חיווי על ידי המחולל חמצן.
8. להלן מחוללי החמצן המותרים להטסה בחברת ישראיר, במשקל כולל של עד 5 ק"ג, אגא הקף בעיגול את המכשיר שברשותך:

**FAA Approved Portable Oxygen Concentrators - Positive Testing Results:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> AirSep FreeStyle                              | <input type="radio"/> Inogen One  | <input type="radio"/> Oxylife Independence Oxygen Concentrator                 |
| <input type="radio"/> AirSep LifeStyle                              | <input type="radio"/> Inogen One G2   | <input type="radio"/> Precision Medical EasyPulse                              |
| <input type="radio"/> AirSep Focus                                  | <input type="radio"/> Inogen One G3   | <input type="radio"/> Respironics EverGo                                       |
| <input type="radio"/> AirSep Freestyle 5                            | <input type="radio"/> Inova Labs LifeChoice Activox                               | <input type="radio"/> Respironics SimplyGo                                     |
| <input type="radio"/> (Caire) SeQual eQuinox / Oxywell (model 4000) | <input type="radio"/> International Biophysics LifeChoice / Inova Labs LifeChoice | <input type="radio"/> SeQual Eclipse   |
| <input type="radio"/> Delphi RS-00400 / Oxus RS-00400               | <input type="radio"/> Invacare XPO2 / XPO100                                      | <input type="radio"/> SeQual SAROS   |
| <input type="radio"/> DeVilbiss Healthcare iGo                      | <input type="radio"/> Invacare Solo 2   | <input type="radio"/> X) VBox (3B Medical) Trooper (Aer X) Oxygen Concentrator |

9. חל איסור מוחלט על הטסת מיכלי חמצן אישיים. היה ותאושר הטסת בלון חמצן יעודי בעבורי, ידוע לי כי, אצטרך לשלם תוספת תשלום, בעבור אספקת חמצן בטיסה.

10. הנני מאשר כי:

- השימוש ביחידת החמצן הינו, לצרכים רפואיים, בלבד (יש לסמן בעיגול האפשרות המתאימה ביותר לנוסע).
  - למשך כל זמן הטיסה, ובכלל זה המצאות המטוס על הקרקע.
  - לפרקי זמן משתנים, ועל פי הצורך של הנוסע.
  - לשימוש הנוסע ביעד, בלבד ולא בשלבי הטיסה השונים
- זרימת החמצן הנדרשת היא (יש לסמן בעיגול האפשרות המתאימה ביותר לנוסע).
  - 2 ליטר לדקה.
  - 4 ליטר לדקה.

11. הנני מאשר בזאת כי אני טס על דעתו ואשורו של רופאי ובאחריותי המלאה.

NOA

אנוכי (שם הנוסע) \_\_\_\_\_, בחתימתי על טופס זה, המאשר כי, אמלא את התנאים וההנחיות

להטסת מחולל חמצן כפי שמופיעים לעיל.

חתימת הנוסע \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

\*\*הטופס נוסח בלשון זכר מטעמי נוחות, בלבד ומתייחס לשני המינים כאחד.

**General Information:**

**Passenger Name:** \_\_\_\_\_

**Cellular Phone:** \_\_\_\_\_

**Flight Date** \_\_\_\_\_ **Flight Number** \_\_\_\_\_ **Destination** \_\_\_\_\_ **Reservation Number:** \_\_\_\_\_

A passenger who wishes to use a portable oxygen generator on board ISRAIR Airlines' flights must submit this signed statement with a flying permit from his/her physician.

In addition, the passenger will provide ISRAIR with a manufacturer's specification of the unit in his/her possession.

**This signed statement, physician permit and manufacturer's specs must be sent to ISRAIR Airlines at least 72 hours prior to the flight:**

Domestic flight – Fax +972 (0) 3-7969200, Email: [reservations@israir.co.il](mailto:reservations@israir.co.il)

International flight – Fax +972 (0) 3-5115554, Email: [site@israir.co.il](mailto:site@israir.co.il)

**PASSENGER STATEMENT:**

1. I am responsible for ensuring the unit is working properly and without any damage.
2. I am responsible for ensuring I have enough charged batteries, in accordance with the unit's consumption, for the duration of the flight and time on the ground.
3. The batteries and/or charger will be packed in a way that will protect them from damage and short circuit and will be taken as carry-on (cannot be sent as luggage).
4. Fixed sockets in the aircraft cannot be used for charging the batteries or for operating the unit.
5. I am aware that I cannot sit in seats defined as Emergency Exit seats.
6. The oxygen generator is under my sole responsibility, and ISRAIR is not responsible for providing voltage/batteries or any other required equipment to operate the unit.
7. I or the passenger traveling with me have the knowledge and understanding to operate the oxygen generator in case of need, and the ability to respond in case of indications by the unit.
8. Below are the approved Portable Oxygen Generators permitted on board ISRAIR's flights, with a total weight of up to 5kg. Please select the device you are using:

**FAA Approved Portable Oxygen Concentrators - Positive Testing Results:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> AirSep FreeStyle                              | <input type="radio"/> Inogen One G2   | <input type="radio"/> Oxylife Independence Oxygen Concentrator                 |
| <input type="radio"/> AirSep LifeStyle                              | <input type="radio"/> Inogen One G3   | <input type="radio"/> Precision Medical EasyPulse                              |
| <input type="radio"/> AirSep Focus                                  | <input type="radio"/> Inova Labs LifeChoice Activox                               | <input type="radio"/> Respiroics EverGo  |
| <input type="radio"/> AirSep Freestyle 5                            | <input type="radio"/> International Biophysics LifeChoice / Inova Labs LifeChoice | <input type="radio"/> Respiroics SimplyGo                                      |
| <input type="radio"/> (Caire) SeQual eQuinox / Oxywell (model 4000) | <input type="radio"/> Invacare XPO2 / XPO100                                      | <input type="radio"/> Sequal Eclipse   |
| <input type="radio"/> Delphi RS-00400 / Oxus RS-00400               | <input type="radio"/> Invacare Solo 2   | <input type="radio"/> SeQual SAROS   |
| <input type="radio"/> DeVilbiss Healthcare iGo                      |   | <input type="radio"/> X) VBox (3B Medical) Trooper (Aer X) Oxygen Concentrator |
| <input type="radio"/> Inogen One                                    |   |  |

9. No personal oxygen tank is allowed on board ISRAIR flights. If a dedicated oxygen tank will be approved for me, I am aware I might be charged an additional fee if it is utilized.
10. I hereby declare that:
  - The use of the portable oxygen generator is for medical purposes only (please select the most suitable option):
    - For the duration of the flight, including the time of ground.
    - Intermittently during the flight, according to the passenger's needs.
    - For use in the destination only, and not during the flight.
  - Requires oxygen flow rate (please select the most suitable option):
    - 2 liters per minute.
    - 4 liters per minute.
11. I confirm that I travel with my physician's approval and under my full responsibility.

I (full Name) \_\_\_\_\_, confirm by signing this form that I agree to comply with the terms and conditions for transporting a portable oxygen generator or other respiratory assistive device as outlined on this form.

Customer's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_