

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 הטסה 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:
מספר פקס: 03-7954090 (0) +972, כתובת מייל: site@israir.co.il
חשוב מאוד - יש להציג את ההצהרה החתומה בדלפקי הצ'ק אין לטיסה ולצוות המטוס.

הצהרת הנוסע:

1. הנני מאשר בזאת כי אני טס על דעתו ואישורו של רופאי ובאחריותי המלאה.
2. ידוע לי כי מטעמי בטיחות טיסה חל איסור מוחלט על הטסת מכלי חמצן אישיים.
3. הנני אחראי לוודא כי מחולל החמצן פועל בצורה תקינה וללא כל נזק.
4. 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.
5. 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.
6. לא ניתן להשתמש בשקעי מתח הקבועים במטוס לצורך הפעלת מחולל חמצן ו/או טעינת הסוללות.
7. הובא לידיעתי כי, לא אוכל לשבת במושב המוגדר מושב יציאת חרום.
8. מחולל החמצן הינו באחריותי, בלבד ולחברת ישראיר אין אחריות לספק מתח ו/או סוללות ו/או כל ציוד אחר, הנדרש להפעלת מחולל החמצן.
9. לי או לנוסע/עמי, יש את הידע וההבנה לתפעול מחולל החמצן, במקרה הצורך והיכולת להגיב במקרה של חיווי על ידי המחולל חמצן.
10. הנני מאשר כי השימוש ביחידת החמצן הינו לצרכים רפואיים, (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 _____ ליטר לדקה
11. ידוע לי כי **רק מחוללי החמצן שאושרו על ידי ה FAA מותרים להטסה בחברת ישראיר. כל מחולל אחר אסור בהטסה.** מחוללים אלו מופיעים ברשימה [FAA Approved Portable Oxygen Concentrators - Positive Testing Results](#) בלינק מטה **ו/או** מצוידים במדבקה עם הכתוב:

The manufacturer of this POC has determined this device conforms to all applicable FAA acceptance criteria for POC carriage and use on board aircraft.

פרטים נוספים בלינק הבא: [/https://www.faa.gov/about/initiatives/cabin_safety/portable_oxygen](https://www.faa.gov/about/initiatives/cabin_safety/portable_oxygen)
יש לשלוח מפרט ותמונה בצמוד לטופס זה.

אנוכי (שם הנוסע/ת) _____, בחתימתי על טופס זה, מאשר/ת כי, אמלא את התנאים וההנחיות להטסת מחולל חמצן מדגם _____ כפי שמופיעים לעיל.
חתימת הנוסע/ת _____ תאריך _____

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

For internal use: SSR OXYG will be added to all pax flight sectors. Signed form + physician permit will be kept at departure station.



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: Fax +972 (0) 3-7954090, Email: site@israir.co.il

Important - Passengers shall present the signed statement at the check in counter and to cabin crew.

PASSENGER STATEMENT:

1. I confirm that I travel with my physician's approval and under my full responsibility.
2. I am aware that due to flight safety, no personal oxygen tank is allowed on board ISRAIR flights.
3. I am responsible for ensuring the POC unit is working properly and without any damage.
4. 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.
5. The batteries and/or charger will be packed in a way that will protect them from damage and short circuits and will be taken as carry-on (cannot be sent as luggage).
6. Fixed sockets in the aircraft cannot be used for charging the batteries or for operating the unit.
7. I am aware that I cannot sit in seats defined as Emergency Exit seats.
8. 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.
9. 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.
10. I hereby declare the use of the portable oxygen generator is for medical purposes (please select the most suitable option):
 - o For the duration of the flight, including the time of ground.
 - o Intermittently during the flight, according to the passenger's needs.
 - o For use in the destination only, and not during the flight.
 - o Requires oxygen flow rate is ____ liter x minute.
11. I know only FAA approved Portable Oxygen Generators are permitted on board ISRAIR's flights. No other POC allowed.
The FAA Approved Portable Oxygen Concentrators - Positive Testing Results list are indicated in the link and / or have the following labeling:

The manufacturer of this POC has determined this device conforms to all applicable FAA acceptance criteria for POC carriage and use on board aircraft.

Further information in the link https://www.faa.gov/about/initiatives/cabin_safety/portable_oxygen/ -
 Kindly provide picture and details when sending this signed form.

I (full Name) _____, confirm by signing this form that I agree to comply with the terms and conditions for transporting a portable oxygen generator type _____ as outlined on this form.

Customer's Signature: _____ Date: _____

