

Правила посадки (для беременных пассажиров)

1. В случае беременности разрешаются на посадку только беременные сроком НЕ БОЛЕЕ 28 недель.
2. Пассажир обязан предоставить справку от врача, дающую разрешение данному пассажиру на посадку судна будучи в положении. При наличии признаков ранних родов либо других осложнений беременности, а также в случае если пассажир покажется недееспособным безопасно перенести поездку, посадка на судно будет отказана.
3. Маршруты в Донхе и во Владивосток занимают около 24 часов, на протяжении которых судно может быть подвержено сильной качке в зависимости от погодных условий. Данные условия могут негативно повлиять на беременность, течение беременности и организм беременного пассажира. В дополнение, мед-персонал (медсестры, доктора) НЕ БУДУТ ПРИСУТСТВОВАТЬ на судне, и мед-оборудование\препараты НЕДОСТУПНЫ на судне.
4. В экстренных случаях, где пассажиру все же необходима медицинская помощь, такова будет оказана только после трансфера в специальное мед-учреждение по прибытию в место назначения. При данном сценарии получение должной медицинской помощи займет значительно долгое время.

Пассажирское Согласие

Для Duwon Shipping Co., Ltd.

Я ознакомилась(ся) с вышеуказанными правилами посадки для беременных пассажиров, и хочу произвести посадку на судно Eastern Dream год___.мес___.число__, в направлении _____ (Донхе\Владивосток).

- Я подтверждаю, что Duwon Shipping и/или их сотрудники, помощники и агенты не будут нести ответственность в случае если моему здоровью будет нанесен вред до, во время или после морской перевозки при путешествии на вышеупомянутом судне.
- Я подтверждаю, что врач выдал справку с подтверждением о моей дееспособности перенести поездку на вышеупомянутом судне будучи в беременном положении.
- В соответствии с этим, я подтверждаю, что врач, ответственный за информацию в данной справке, освобожден от обязательства сохранения профессиональной тайны, и я обязуюсь нести все расходы по выдаче заключения врача и по другим необходимым\непредвиденным нуждам самостоятельно.

ИМЯ (по заграничному паспорту) _____

Дата (ГГГГММДД) _____

Подпись _____

Название мед учреждения	
ФИО Врача	
Номер телефона мед учреждения	
Экстренный контакт (ФИО)	
Экстренный контакт (Номер телефона)	