

**Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt an das Hamburg Port Health Center.
Please fill out the form below and submit it to Hamburg Port Health Center.**

Absender / sender (*Angabe ist erforderlich / *statement is required)

Agent / Firmenname / Kontakt agent / firm name / contact*			
Straße street*			
PLZ / Ort zipcode / location*			
Telefon phone*	Fax fax		
E-Mail email*			
aktuelles Datum current date*			

Bestellung / order (*Angabe ist erforderlich / *statement is required)

Bestellung order*			
Bestellungsdatum /-zeit order date / time*		Bestellnummer order number	
Objektname object name*		IMO-,EU-Nummer IMO-,EU-number*	
Nationalität nationality		Rufzeichen callsign	
BRZ RT		Baujahr year of manufacture	
Heimathafen port of registry		Schiffstelefon ship mobil	
Ankunftszeit arrival time (eta)		Abfahrtszeit departure time (etd)	
Liegeplatz, Liegeplätze berth, berths*			
Reederei / Fluggesellschaft shipping company / airline*			
Kostenträger account for*			