

فرم اطلاعات مشارکت کنندگان در سفر به کشورهای حوزه شنگن

شرکت کننده گرامی، لطفاً تمام کادرهای جدول را به دقت تکمیل کنید و کادری را خالی نگذارید

| | | | |
|--|--|---|----------------------------------|
| نام خانوادگی: | | نام: | |
| میزان تحصیلات: | | کد ملی: | تاریخ و محل تولد: |
| تاریخ انقضاء: | | تاریخ صدور: | شماره پاسپورت با حرف انگلیسی آن: |
| نام مادر: و تاریخ تولد: روز ماه سال | | نام پدر: و تاریخ تولد: روز ماه سال | |
| شغل همسر: | | نام و نام خانوادگی همسر: تاریخ تولد همسر: روز ماه سال محل تولد همسر: | |
| فرزندان: تاریخ تولد: | | فرزندان: تاریخ تولد: | |
| -۶ | | -۱ | |
| -۷ | | -۲ | |
| -۸ | | -۳ | |
| -۹ | | -۴ | |
| -۱۰ | | -۵ | |
| خواهران و برادران: تاریخ تولد: | | خواهران و برادران: تاریخ تولد: | |
| -۶ | | -۱ | |
| -۷ | | -۲ | |
| -۸ | | -۳ | |
| -۹ | | -۴ | |
| -۱۰ | | -۵ | |
| آیا اقوام درجه یک دارید که مقیم خارج از کشور هستند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر نام کشور: | | | |

اطلاعات شغلی:

| | | | |
|---|-------------|---|--|
| سمت شما چیست؟ | | نام شرکت : | |
| زمینه فعالیت : | | نام مدیر عامل : | |
| وب سایت : | فکس : | تلفن شرکت : | |
| ایمیل : | تلفن منزل : | موبایل: | |
| تلفن ضروری: | | | |
| آدرس دقیق محل کار : | | | |
| کد پستی ده رقمی: | | | |
| آدرس دقیق محل سکونت : | | | |
| <p>آیا تا کنون برای دریافت ویزای شنگن اقدام نموده اید؟</p> <p>بلی: <input type="checkbox"/> خیر: <input type="checkbox"/></p> <p>اگر جواب مثبت است ، کی و از کدام سفارت اقدام کرده اید؟</p> <p>از.....الی</p> <p>اگر جواب منفی است ، علت عدم صدور ویزا چه بوده است؟</p> | | | |
| <p>آیا تا کنون به منظور ارائه درخواست صدور روادید شنگن انگشت نگاری صورت پذیرفته:</p> <p>بلی: <input type="checkbox"/> خیر: <input type="checkbox"/></p> <p>تاریخ در صورت به یاد داشتن:.....</p> | | | |
| <p>اتاق مورد نظر جهت سکونت شما : <input type="checkbox"/>single <input type="checkbox"/>double</p> <p>آیا شخص آشنایی در تور هست، که تمایل دارید با ایشان اتاقتان را تقسیم کنید؟</p> | | | |
| <p>آیا تمایل دارید در کدام گروه شرکت نمایید: گروه الف <input type="checkbox"/> :.....روز.....شب</p> <p>گروه ب <input type="checkbox"/> :.....روز.....شب</p> | | <p>گروه ج <input type="checkbox"/> :.....روز.....شب</p> <p>گروه د <input type="checkbox"/> :.....روز.....شب</p> | |
| توضیحات دیگر : | | | |

امضاء :

نام و نام خانوادگی متقاضی :