

تاریخ :

فرم اطلاعات شخصی متقاضی سفر

| | |
|----------------------|-----------------------|
| نام تور : | مسئول ثبت نام : |
| نام : | نام خانوادگی : |
| وضعیت تاهل: | نام خانوادگی همسر: |
| مجرد: | متاهل: |
| طلاق گرفته: | بیوه: |
| وضعیت جسمانی: | وضعیت شغلی و تمصیلی : |
| سالم | شغل: |
| بیمار: | مدت زمان فعالیت: |
| در صورت بیماری | نام محل کار: |
| نوع بیماری: | میزان حقوق دریافتی: |
| داروی مصرفی: | آفرین مدرک تمصیلی: |
| سایر درآمدها: | سابقه سفر: |
| اجاره املاک (ریال): | ویزای شنگن: |
| سود سپرده (ریال): | ویزای آمریکا: |
| سایر درآمدها : | سایر ویزاهای مهم: |
| سابقه رد ویزا: | آدرس محل کار: |
| بله | فیر |
| نا سفارت: | |
| تاریخ اقدام: | تلفن محل کار: |
| آدرس منزل: | موبایل: |
| کدپستی ۱۰ رقمی منزل: | |
| شماره منزل: | ایمیل: |

اینجانب صحت موارد فوق را تأیید نموده و در اختیار هیات برگزاری سفر
قرارداده تا از آن به نمو مفتضی استفاده نمایند.

-بدیهی است مسئولیت هرگونه عواقب اطلاعات نادرست به عهده اینجانب می باشد.

نام و نام خانوادگی و امضاء