

فرم تقاضای شرکت در سفر

مشخصات تور در خواستی

نام تور:	آژانس محل ثبت نام:	مسئول ثبت نام:
----------	--------------------	----------------

(این بخش توسط کارشناس فروش تکمیل می گردد)

مشخصات فردی

نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی قبلی (در صورت تغییر):	نام و نام خانوادگی پدر:	نام و نام خانوادگی مادر:	
وضعیت تاهل	<input type="checkbox"/> مجرد	<input type="checkbox"/> متاهل	<input type="checkbox"/> مطلقه	<input type="checkbox"/> بیوه
نام و نام خانوادگی همسر (در صورت تاهل):	تاریخ تولد همسر:	محل تولد همسر:	شغل همسر:	

مشخصات محل سکونت

استان:	شهر:	خیابان:	کوچه:	پلاک:	طبقه / واحد:
کد پستی منزل:	تلفن منزل:	تلفن همراه:	کد شهر	آدرس ایمیل (اجباری):	

مشخصات شغلی / تحصیلی

شغل:	سمت:	نام محل کار / تحصیل:	زمینه فعالیت:	مدت زمان فعالیت (شغل کنونی):		
آدرس محل کار:	استان:	شهر:	خیابان:	کوچه:	طبقه / واحد:	پلاک:
تلفن محل کار:	کد شهر	میزان درآمد ماهیانه:	تومان			

مشخصات شغلی ۲

شغل:	سمت:	نام محل کار / تحصیل:	زمینه فعالیت:	مدت زمان فعالیت (شغل کنونی):		
آدرس محل کار:	استان:	شهر:	خیابان:	کوچه:	طبقه / واحد:	پلاک:
تلفن محل کار:	کد شهر	میزان درآمد ماهیانه:	تومان			

برای خانم های خانه دار / فرزندان زیر ۱۸ سال، مشخصات شغلی همسر / سرپرست خانواده در قسمت مشخصات ۲ درج گردد. در صورت داشتن شغل دوم، در قسمت مشخصات ۲ بنویسید. یکسان بودن شهر محل زندگی و شهر محل کار الزامی می باشد. سایر درآمدها اجاره املاک (ماهانه): تومان سود سپرده (ماهانه): تومان

سایر:
در بخش میزان درآمد، منظور میزان درآمدیست که در حساب بانکی قابل نشان دادن باشد.

سوابق سفر در ۱۰ سال اخیر

<input type="checkbox"/> ویزای شنگن	کشور:	تاریخ:
<input type="checkbox"/> ویزای غیر شنگن	کشور:	تاریخ:

سوابق رد ویزا

نام سفارت:	تاریخ انگشت نگاری:	علت رد ویزا:
نام سفارت:	تاریخ انگشت نگاری:	علت رد ویزا:

آیا اقامت کشور دیگری را دارید؟

<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفا نام کشور را بنویسید	شماره مجوز اقامت:	تاریخ صدور:	تاریخ انقضا:
------------------------------	------------------------------	--	-------------------	-------------	--------------

در صورت داشتن اقوام یا دوستان نزدیک در اروپا، آمریکا، کانادا، استرالیا یا ژاپن، قسمت زیر را تکمیل بفرمایید:

نام و نام خانوادگی:	نسبت:	کشور محل اقامت:	نوع اقامت و مدت اقامت:
نام و نام خانوادگی:	نسبت:	کشور محل اقامت:	نوع اقامت و مدت اقامت:

وضعیت جسمانی

<input type="checkbox"/> سالم	<input type="checkbox"/> مبتلا به بیماری	<input type="checkbox"/> قابل انتقال	<input type="checkbox"/> مشکل حرکتی	نیاز به مراقبت ویژه:	داروی مصرفی:
-------------------------------	--	--------------------------------------	-------------------------------------	----------------------	--------------

توضیحات:

اینجانب فرزند ضمن تایید موارد و اطلاعات مندرج در این فرم، بدینوسیله تصدیق می نمایم:

۱- به جز گذرنامه های ارائه شده، گذرنامه دیگری ندارم

۲- تا به حال در هیچ کدام از سفارت خانه های عضو شنگن مردود نگردیده ام. (در غیر این صورت در این فرم اعلام نموده ام.)

۳- همچنین صحت و درستی مطالب فوق را تایید نموده و طبعاً مسئولیت کلیه تبعات ناشی از ارائه اطلاعات نادرست را می پذیرم.

نام و نام خانوادگی: تاریخ: امضاء