Vyplňovat v anglickém jazyce

جنرال قونسلگری افغانستان
نیویارک

دافغانستان لوبه قونسلگری
نیویارک

ATTACH 1
PHOTO
Here

CONSULATE GENERAL OF AFGHANISTAN
360 LEXINGTON AVENUE, 11TH FLOOR
NEW YORK, N.Y. 10017

TEL: (212) 972-2276/7
FAX: (212) 972-9046

(VISA APPLICATION)

1. NAME, (FIRST, MIDDLE)
Jméno

2. LAST NAME:
Příjmení

3. DATE OF BIRTH: Month/Day/Year
Datum narození

4. PLACE OF BIRTH: City/Country
Místo narození

5. COUNTRY OF CITIZENSHIP:
Země národnosti

6. SEX, M ☐ F ☐
Pohlaví

7. PASSPORT NO:
Číslo pasu

8. PLACE OF ISSUE
Místo vydání pasu

9. DATE OF ISSUE:
Datum vydání pasu

10. EXPIRATION DATE:
Platnost pasu

11. PRESENT ADDRESS:
STREET kontaktní adresa

CITY_____ STATE_____ ZIP_____ TEL: ( )_____

12. PERMANENT ADDRESS:
STREET trvalá adresa

CITY STATE ZIP TEL: ( )

13. PURPOSE OF VISIT:
důvod návštěvy

14. TYPE OF VISA REQUESTED:
typ víza o které žádáte

15. HAVE YOU VISITED AFGHANISTAN BEFORE? navštívil jste již někdy Afgánistán?
IF YES, STATE, DATE, AND PURPOSE: jestli ano, tak uveďte stát, datum a důvod

16. PROFESSION/ OCCUPATION:
Zaměstnání - profese

17. PLACE TO VISIT IN AFHANISTAN:
místa v Afgánistánu, která navštívíte

18. POINT OF ENTRY:
místo vstupu

19. DATE OF ENTRY:
datum vstupu

19. ADDRESS IN AFGHANISTAN:
Adresa v Afgánistánu

20. DURATION OF STAY:
doba pobytu

21. SIGNATURE:
podpis _____

E-Mail Address: Afghancons@aol.com