|  |  |
| --- | --- |
|  | Тел. +7 900 087 88 83E-mail: chel@m-visa.ru |

 **ОПРОСНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИИЯ ВИЗЫ В НОВУЮ ЗЕЛАНДИЮ**

1. **Personal Details**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия Имя Отчество |  |
| Другие ФИО (если меняли) |  |
| Пол  |  Муж/Жен | Дата рождения |  |
| Место рождения  |  | Гражданство |  |
| Имеете ли вы (либо имели ранее) второе гражданство  | Да/Нет | Укажите какое |  |
| Семейное положение: | Холост Разведен (-а) Вдовец/Вдова Женат/Замужем Гражданский брак |
| Фактический адрес проживания: Индекс |  | Область |  |
| Город  |  | Улица |  | Номер дома/кв |  |
| Номер мобильного телефона |  | Номер домашнего телефона |  |
| Ваш E-mail  |  |
| Проживает ли кто-либо из Ваших друзей или родственников в Новой Зеландии? | Да/Нет |
| Фамилия Имя |  |
| Дата рождения (чч/мм/гг) |  | Отношение к Вам |  |
| Адрес: Город |  | Улица |  | Номер дома/кв |  |
| Фамилия Имя |  |
| Дата рождения (чч/мм/гг) |  | Отношение к Вам |  |
| Адрес: Город |  | Улица |  | Номер дома/кв |  |

1. **Employment (Сведения о работе необходимо предоставить за последние 10 лет)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата начала (ЧЧ/ММ/ГГ) |  | Дата окончания (ЧЧ/ММ/ГГ) |  |
| Название организации |  | Должность |  |
| Адрес: Город |  | Улица |  | Номер дома/офиса |  |
| Дата начала (ЧЧ/ММ/ГГ) |  | Дата окончания (ЧЧ/ММ/ГГ) |  |
| Название организации |  | Должность |  |
| Адрес: Город |  | Улица |  | Номер дома/офиса |  |
| Дата начала (ЧЧ/ММ/ГГ) |  | Дата окончания (ЧЧ/ММ/ГГ) |  |
| Название организации |  | Должность |  |
| Адрес: Город |  | Улица |  | Номер дома/офиса |  |
| Дата начала (ЧЧ/ММ/ГГ) |  | Дата окончания (ЧЧ/ММ/ГГ) |  |
| Название организации |  | Должность |  |
| Адрес: Город |  | Улица |  | Номер дома/офиса |  |
| Дата начала (ЧЧ/ММ/ГГ) |  | Дата окончания (ЧЧ/ММ/ГГ) |  |
| Название организации |  | Должность |  |
| Адрес: Город |  | Улица |  | Номер дома/офиса |  |
| Дата начала (ЧЧ/ММ/ГГ) |  | Дата окончания (ЧЧ/ММ/ГГ) |  |
| Название организации |  | Должность |  |
| Адрес: Город |  | Улица |  | Номер дома/офиса |  |
| Дата начала (ЧЧ/ММ/ГГ) |  | Дата окончания (ЧЧ/ММ/ГГ) |  |
| Название организации |  | Должность |  |
| Адрес: Город |  | Улица |  | Номер дома/офиса |  |
| Дата начала (ЧЧ/ММ/ГГ) |  | Дата окончания (ЧЧ/ММ/ГГ) |  |
| Название организации |  | Должность |  |
| Адрес: Город |  | Улица |  | Номер дома/офиса |  |
| Дата начала (ЧЧ/ММ/ГГ) |  | Дата окончания (ЧЧ/ММ/ГГ) |  |
| Название организации |  | Должность |  |
| Адрес: Город |  | Улица |  | Номер дома/офиса |  |

1. **Family Information (заполняется вне зависимости от того, путешествуют Ваши близкие с Вами или нет)**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия Имя Вашего партнера |  |
| Другие ФИО (если меняли) |  |
| Пол |  Муж/Жен | Дата рождения |  | Место рождения |  |
| Номер заграничного паспорта (в случае отсутствия, номер общегражданского паспорта) |  |
| Страна выдачи |  | Дата выдачи |  | Действителен до |  |
| Гражданство в настоящее время  |  | Предыдущее гражданство |  |
| Фамилия Имя Вашего 1 ребенка |  |
| Пол |  Муж/Жен | Дата рождения |  | Место рождения |  |
| Номер заграничного паспорта (в случае отсутствия, номер общегражданского паспорта или номер свидетельства о рождении) |  |
| Страна выдачи |  | Дата выдачи |  | Действителен до |  |
| Фамилия Имя Вашего 2 ребенка |  |
| Пол |  Муж/Жен | Дата рождения |  | Место рождения |  |
| Номер заграничного паспорта (в случае отсутствия, номер общегражданского паспорта или номер свидетельства о рождении) |  |
| Страна выдачи |  | Дата выдачи |  | Действителен до |  |
| Фамилия Имя Вашего 3 ребенка |  |
| Пол |  Муж/Жен | Дата рождения |  | Место рождения |  |
| Номер заграничного паспорта (в случае отсутствия, номер общегражданского паспорта или номер свидетельства о рождении) |  |
| Страна выдачи |  | Дата выдачи |  | Действителен до |  |

1. **Additional Information**

|  |  |
| --- | --- |
| Болели ли Вы, ваши друзья или лица, путешествующие с Вами туберкулезом?  | Да/Нет |
| Беременны ли Вы или лица, путешествующие с Вами? | Да/Нет |
| Предполагаете ли Вы или лица, путешествующие с Вами, рожать на территории Новой Зеландии? | Да/Нет |
| Были ли у Вас или у лиц, сопровождающих Вас, визовые отказы в Новую Зеландию? | Да/Нет |
| Если Вы ответили Да на вышеперечисленные пункты, то укажите подробную информацию: |
|  |

1. **Travel information**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата въезда в Новую Зеландию  |  | Дата выезда |  |
| Основная цель посещения Новой Зеландии |  |
| Спонсирует ли кто-либо Вашу поездку в Новую Зеландию? |  Да/Нет |
| Если Да, то укажите Фамилию Имя спонсора |  |
| Дата рождения спонсора |  |

**Всю ответственность за информацию, указанную в опросном листе, несет заявитель.**

**«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. Подпись** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**