

**mein-visum**  
Visa-Agency  
Helmut Baumann  
**Zur Siegaue 2**  
**53844 Troisdorf**

**Auftraggeber**

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse / Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Bearbeitet von \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

**Abweichende Versandadresse**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wir haben die allgemeinen Geschäftsbedingungen der Visa-Agency zur Kenntnis genommen und beauftragen die Visa-Agency mit der Erbringung der im folgenden Auftrag definierten Leistungen.

**Auftrag für die Beschaffung von Touristenvisa**

Land: \_\_\_\_\_

Reisedatum \_\_\_\_\_ Pässe zurück bis \_\_\_\_\_

**Versandart** Nachnahme \_\_\_\_\_ DHL Express \_\_\_\_\_ **Reisemittel** Flugzeug \_\_\_\_\_ PKW / Bus \_\_\_\_\_ Bahn \_\_\_\_\_

- |                |       |             |       |       |       |
|----------------|-------|-------------|-------|-------|-------|
| 1. Passinhaber | _____ | Pass-Nummer | _____ | Visum | _____ |
| 2. Passinhaber | _____ | Pass-Nummer | _____ | Visum | _____ |
| 3. Passinhaber | _____ | Pass-Nummer | _____ | Visum | _____ |
| 4. Passinhaber | _____ | Pass-Nummer | _____ | Visum | _____ |
| 5. Passinhaber | _____ | Pass-Nummer | _____ | Visum | _____ |
| 6. Passinhaber | _____ | Pass-Nummer | _____ | Visum | _____ |
| 7. Passinhaber | _____ | Pass-Nummer | _____ | Visum | _____ |

weitere Reisende bitte auf separater Liste eintragen \_\_\_\_\_

**Anlagen** \_\_\_\_\_ Pass / Pässe \_\_\_\_\_ Antrag \_\_\_\_\_ Fotos \_\_\_\_\_ Anschreiben an das Konsulat \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Einladung \_\_\_\_\_ Einlaßgenehm. \_\_\_\_\_ Auslandskrankenversicherungsnachweis \_\_\_\_\_

**Gewünschte Visa** Visa Gültigkeit 1 Jahr | 6 Monate | 3 Monate | 4 Wochen | Einreisen 1 | 2 | mehrfach

**Werden Einladungen nach Russland, Kasachstan, Ukraine oder anderen GUS Staaten gewünscht ?**

Bitte entsprechende Formulare aufrufen ! Ausfüllen und vorab an uns mailen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Einzugsermächtigung**

Bitte vollständig ausfüllen, wenn Sie am Bankeinzugsverfahren teilnehmen möchten.

Hiermit ermächtige/n ich/wir die VISA-AGENCY widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen für Dienstleistungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

**Kontoinhaber:** \_\_\_\_\_

**Konto-Nr.:** \_\_\_\_\_

**Bank:** \_\_\_\_\_

**BLZ:** \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_