



Consulate General of the Federal Democratic Republic of Ethiopia in Frankfurt

**VISA APPLICATION FORM
VISUMANTRAG
PLEASE PRINT**

Bitte maschinell oder in Druckbuchstaben in die dafür vorgesehenen Felder eintragen!

PHOTOGRAPH

Please attach two Photographs with your name written in CAPITAL

NAME OF APPLICANT (Namen, Vornamen der/des Antragstellenden)

1. TITLE (Titel) 2. LAST NAME (Name) 3. FIRST NAME (Vorname) 4. MIDDLE NAME (Weitere Namen)

HOME/MAILING ADDRESS (Heimat/Postadresse)

5. STREET NAME & NO (Strasse und Hausnummer) 6. ZIP/POSTAL CODE (PLZ) 7. CITY/TOWN(Ort) 8. STATE(Region) 9. COUNTRY (Land)

10. TELEPHONE (Telefon) 11. MOBILE(Handy-Nr.) 12. FAX(Telefax) 13. EMAIL ADDRESS(Mailadresse)

14. DATE OF BIRTH(Geburtsdatum) 15. PLACE OF BIRTH(Geburtsort) 16. COUNTRY OF BIRTH(Geburtsland) 17. NATIONALITY(Staatsangehörigkeit)

GENERAL VISA INFORMATION(Allgemeine Visainformationen)

18. PURPOSE OF VISIT (Grund der Reise)

TOURIST BUSINESS TRANSIT DIPLOMATIC OFFICIAL OTHER

19. TYPE OF ENTRY (Art des Visums) SINGLE (Einmalige Einreise) DOUBLE(Zweimalige Einreise) MULTIPLE (Mehrmalige Einreise) 20. DOCUMENT TYPE(Art des Reisedokuments) 21. DATE OF ISSUE(Ausstellungsdatum)

22. DOCUMENT NUMBER(Paßnummer) 23. COUNTRY OF ISSUE(Ausstellungsland) 24. DATE OF EXPIRY(Gültigkeitsdatum)

25. LENGTH OF STAY IN DAYS (Dauer des Aufenthalts) 26. WHERE DO YOU PLAN TO STAY?(Wo planen Sie Ihren Aufenthalts)
FROM _____ TO _____

27. HAVE YOU EVER BEEN TO ETHIOPIA BEFORE?

28. IF YES, HOW LONG DID YOU STAY? (Wenn ja, Zeitraum angeben!)

(Waren Sie vorher in Äthiopien) YES NO

FROM: _____ TO: _____

29. WHAT WAS THE PURPOSE OF THE VISIT? (Was war der seinerzeitige Grund der Reise?)

30. EMPLOYER OR SCHOOL NAME (Arbeitgeber oder Name der Schule) 31. EMPLOYER OR SCHOOL TEL: (Telefonnummer des Arbeitgebers oder Schule)

32. EMPLOYER OR SCHOOL ADDRESS (vollständige Adresse des Arbeitgebers oder der Schule)

33. CHILDREN/DEPENDENTS TRAVELLING ON SAME PASSPORT (Mitreisende Kinder, die im gleichen Reisepaß eingetragen sind)

LAST NAME (Name) FIRST NAME (Vorname) SEX (Geschlecht) DATE OF BIRTH (Geburtsdatum) PLACE OF BIRTH (Geburtsort)

I CERTIFY THAT THE ABOVE INFORMATION IS CORRECT AND TRUE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE AND BELIEF. (Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Wahrheit der vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen).

APPLICANT'S SIGNATURE (Unterschrift des Antragstellers)

DATE (Datum)

Eschersheimer Landstr. 105-107, 60322 Frankfurt am Main | Fon: +49.69-972696 20/21/26/30 | Fax: +49.69-97269633
BANK ACCOUNT: COMMERZBANK FRANKFURT AM MAIN - KONTO NO: 582673000 -BLZ: 50040000, IBAN: DE56500400000582673000, BIC: COBADEFFXXX
CONSULAR SECTION WORKING HOURS: MONDAY, TUESDAY, THURSDAY 09:00-12:30 and 14:00-17:00, ON WEDNSDAYS and FRIDAYS 09:00-12:30 and 13:30-17:30 THE CONSULAR DEPARTMENT IS CLOSED TO THE PUBLIC ON WEDNESDAYS AND FRIDAYS