

FORMULAIRE DE DEMANDE DE VISA D'AFFAIRES

PHOTO

CONSULAT GENERAL DE CUBA EN FRANCE
14, rue de Presles, 75015 Paris
Tél.: 0145675535 ou 0145679881 Fax: 0145670891
e-mail : traductor@ambacuba.fr
www.cubadiplomatica.cu/francia

Ouvert au public de 9H00 à 12H00 du lundi au vendredi

Horaires : du lundi au vendredi, de 09h00 à 12h00

Formulaire à remplir en caractère d'imprimerie

Date de la demande : _____ Type de visa : _____
Nom et prénoms : _____
Lieu de naissance : _____ Date de Naissance : _____
Nationalité : _____ Sexe : _____
N° de passeport : _____ Type de passeport : _____
(Diplomatique, de service ou ordinaire)

Profession : _____ Fonction : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____
Nom de l'entreprise ou l'institution où vous travaillez: _____
Adresse : _____
Téléphone : _____

Avez-vous déjà été à Cuba ? _____
Date du dernier voyage : _____ Durée du séjour : _____

Motifs du prochain voyage : _____
Date du prochain voyage : _____ Durée du séjour : _____

Nom de l'entreprise ou l'institution cubaine qui vous accrédite à Cuba : _____

Je déclare que les renseignements consignés ci-dessus sont exacts.

Signature