



ВИЗОВАЯ АНКЕТА (www.kgzembind.in)
VISA APPLICATION FORM (www.kgzembind.in)

Фамилия/Surname.....
Имя, отчество/Given names.....
Гражданство/Nationality...INDIAN.....
Дата и место рождения/Date and place of birth
.....
Пол/Sex.....
Постоянное место жительства/Permanent residence
.....тел/tel.....
Номер паспорта, дата выдачи и окончания срока действия/Passport №, date of issue and expire
.....
Цель поездки/Object of journeySTUDY.....
Приглашающая сторона, ее адрес и номер телефона/The inviting party, its address and telephone
number.....ASIAN MEDICAL INSTITUTE, 58, GAGARIAN STREET, CITY-KANT, KYRGYZ
REPUBLIC, +996-3132-32028
Пункты посещения/Places to be visitedBISHKEK-KANT.....
Дата въезда/Date of entry ____, ____, _____ Дата выезда/Date of exit ____, ____, _____
Профессия, должность/Profession and positionSTUDENT.....
.....
Дата предыдущих поездок в Кыргызстан/Dates of all previous visits to KyrgyzstanNEVER...
.....
Категория и вид визы/Category and type of visaSTUDY.....

Заявляю, что все данные, указанные в анкете являются достоверными
I declare that the information submitted in this application form is correct

Дата/date _____ Подпись/Signature _____

Не заполнять ниже
Do not write below (for official use only)

№ визового стикера:	Категория:	Сроки: с
Дата приема « » 20 г.	Тип:	до
Дата выдачи визы: « » 20 г.	Выдал:	Входящий №