



Consulate General of the Federal Democratic Republic of Ethiopia in Frankfurt

**VISA APPLICATION FORM
VISUMANTRAGSFÖRMULAR**

PLEASE PRINT

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

PHOTOGRAPH
Please attach one
photograph with
your name written
in CAPITAL LETTERS
on the back

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)			
<input type="checkbox"/> TOURIST <input type="checkbox"/> BUSINESS <input type="checkbox"/> TRANSIT <input type="checkbox"/> DIPLOMATIC <input type="checkbox"/> OFFICIAL <input type="checkbox"/> OTHER			
19. TYPE OF ENTRY (Art des Visums) <input type="checkbox"/> SINGLE (Einmalige Einreise) <input type="checkbox"/> DOUBLE (Zweimalige Einreise) <input type="checkbox"/> 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? (Waren Sie vorher in Äthiopien) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		28. IF YES HOW LONG DID YOU STAY? (Wenn ja, Zeitraum angeben!) 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)				
LAS 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 97 26 96 20/21/25/28 FAX: +49-69-97 26 33
BANK ACCOUNT:- COMMERZBANK FRANKFURT AM MAIN
DE56500400000582673000
BIC:- COBADEFFXXX
CONSULAR SECTION VISITORS` HOURS:- MONDAY, TUESDAY AND THURSDAY 08:30 – 12:30 and 13:30 – 17:30
ON WEDNESDAYS 8:30 – 12:30 and 13:30 – 17:30 AND ON FRIDAYS 8:30 – 12:30 and 13:30 – 16:30 ONLY TELEPHONE SERVICE.
THE CONSULAR DEPARTMENT IS CLOSED TO THE PUBLIC ON WEDNESDAYS AND FRIDAYS
Email Address:- consulfrankfurt.eth@t-online.de
www.ethio-consulate-frankfurt.de