



# REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

AMBASSADE DE LA REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO PRES  
LE ROYAUME DE SUEDE ET LE ROYAUME DU DANEMARK

Attachez ici  
la photo

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE VISA

( A compléter lisiblement et en majuscule )

### Identité du demandeur

Nom:		Prénom:	
Sexe: M F	État-civil:		Nationalité:
N° Carte d'identité:		Profession:	
Lieu de naissance:		Pays:	Date:

### Adresse du demandeur

Avenue/Rue:		N°	
Commune:		Code Postal:	
Pays:	Tel/mob:	e-mail:	

### Identité du Conjoint (e)

Nom du Conjoint (e):	Prénom:
Nationalité Conjoint (e):	Profession:

### Identité des parents du demandeur

Nom du Père:	Prénom:	Nationalité:
Nom de la mère:	Prénom:	Nationalité:

### Données relatives au document de voyage

N° du Passeport:	Date émission:	Date d'expiration:
Type:	Institution qui a délivré le passeport:	
Code postal de l'Institution:	Nom de la Ville/Commune:	

### Données relatives au document de Visa (1)

CATEGORIE DE VISA (1)	DUREE	NB DE VOYAGE (S)	DATE D'ENTREE (EN RDC)	POSTE FRONTIERE (LIEU D'ARRIVEE EN RDC)
Ordinaire Diplomatique Spécial				

(1) Biffer la / les mention (s) inutile (s)

Date du dernier séjour en RDC: .....

Motif du Voyage: .....

Lieu de destination (Province/Ville): .....

Nom et adresse de la personne hôte ou de toute personne de contact en RDC:  
.....  
.....

J'engage ma responsabilité et m'expose aux poursuites prévues par la loi en cas de fausse déclaration.

NB: Tout dossier mal complété et / ou incomplet ne sera pas  
Stockholm, le...../...../.....

traité dans le délai initialement imparti. Signature:

### RESERVE AU SERVICE

N° du Visa: ..... Classement n°: .....  
Genre de Visa accordé: ..... Date de délivrance: .....  
Initiales de l'encodeur: ..... N° ID Demandeur: .....

Visiting address:  
Stjärnvägen 2 A, 7et 181 34 LIDINGÖ

Postal address:  
Box: 1171 SE - LIDINGÖ

Contact:  
Phone: + 46 876 583 80 Fax: + 46 876 585 91