



Bon de commande FICHE VISA POUR LA BULGARIE

Depuis le **10 avril 2001**, les ressortissants français et les citoyens de l'Union européenne n'ont pas besoin de visas pour se rendre en Bulgarie pour un séjour inférieur à un mois. Vous devez être muni d'un passport en cours de validité.

Vous devez également être munis d'une assurance médicale de voyage à l'étranger pour la durée de votre séjour en Bulgarie.



Les personnes voyageant en véhicule motorisé doit être en possession du Permis de conduire, de la carte grise et de la carte verte, qui certifie votre assurance en « responsabilité civile ».

Une mention sera faite sur votre passeport et une carte statistique que vous devrez conserver vous sera délivrée par la police des frontières.

INFORMATIONS DEMANDEUR

NOM PRENOM:

SOCIETE:

ADRESSE:

.....

CODE POSTAL: **VILLE:**

TELEPHONE: **E-MAIL:**

PORTABLE:

TYPE DE VISA: **TOURISME** **AFFAIRE**

DATE DU VOYAGE: **DUREE DU VOYAGE:**

ADRESSE DE FACTURATION:

.....

ADRESSE DE LIVRAISON:

.....

NOMBRE DE PASSEPORT : 1 2 3

Je donne procuration à **TOP VISAS Domiciliée 16 rue du Général Guilhem 75011 Paris Immatriculée sous les références RCS paris 519 976 435**, pour gérer mes demandes de visas auprès des administrations compétentes selon les conditions générales des ambassades et de ventes de TOP VISAS.

Veillez trouver ci-joint le règlement de ma commande, égal à :

(Le détail des tarifs se trouve en page 2 de ce document)

Frais consulaires: Prestation: Frais de retour Assurance: 50€

Soit un montant total de : €

DATE :

SIGNATURE
Lu et approuvé

TOP VISAS

16 rue Général Guilhem 75011 Paris - Tél: 01 42 05 10 10 - Port: 06 63 48 89 89

Email : contact@top-visas.com - Website : www.top-visas.com

Siret : 51997643500023- TVA intra : FR52519976435



TARIFS

Durée du séjour	Nombre d'entrées	Tarifs consulaires
<i>Nous consulter</i>		

Prestations par personne <i>Délai donné à TOP VISAS pour déposer votre demande</i>	
15 JOURS	50 €
5 JOURS	70 €
JOUR J	100 €
TARIF GROUPE PAR VISA	<i>A partir du sixième</i>
FORFAIT ASSURANCE RAPATRIEMENT	<i>Veillez nous consulter</i>

REEXPEDITION DES VISAS		
<i>Option (s)</i>	<i>Délais de port</i>	<i>Total TTC</i>
Dépôt et retrait en nos bureaux	-	-
Coursier, Livraison dans le lieu de votre choix	Nous contacter	Nous contacter
Recommandé (tarif par passeport)	5J	10 €
Chronopost France	24 à 48 H	30 €
Chronopost International	Selon destination	45 €
Chronopost France/Dom Tom	3 à 4 jours	53 €
Chronopost France/Corse	24 à 48 H	50€
Mise à disposition à l'aéroport (Majoration 50% du prix le Week-end)	-	140 €

** Tous nos tarifs sont TTC. Une facture détaillée vous sera adressée avec vos documents.*

28. SEJOURS A L'ETRANGER AU COURS DES CINQ DERNIERES ANNEES			RESERVE AUX SERVICES DELIVRANT LE VISA
29. BUT DU VOYAGE <input type="checkbox"/> Tourisme <input type="checkbox"/> Affaires <input type="checkbox"/> Visite privée (famille, amis) <input type="checkbox"/> Culture/Sport <input type="checkbox"/> Visite officielle/professionnelle <input type="checkbox"/> Raisons médicales <input type="checkbox"/> Autres (à préciser):			
30. DATE D'ARRIVEE		31. DATE DE DEPART	
32. PREMIERE FRONTIERE D'ENTREE OU ITINERAIRE DE TRANSIT		33. MOYENS DE TRANSPORT	
34. COORDONNEES DE LA PERSONNE-HOTE OU DE LA SOCIETE D'ACCUEIL SINON INDIQUER L'HOTEL			
Noms de la personne/Nom de la Société ou de l'Hôtel		Téléphone et télécopie	
Adresse complète		Adresse E-mail	
35. QUI FINANCE LE VOYAGE ET SUBVIENT A VOS BESOINS DURANT VOTRE SEJOUR? <input type="checkbox"/> Moi-même <input type="checkbox"/> Mon hôte <input type="checkbox"/> Société hôte d'accueil (Indiquer les noms et modalités et présenter les documents correspondants):			
36. MOYENS DE FINANCEMENT UTILISES AU COURS DU SEJOUR <input type="checkbox"/> Argent liquide <input type="checkbox"/> Chèques de voyage <input type="checkbox"/> Cartes de crédit <input type="checkbox"/> Hébergement <input type="checkbox"/> Autres:..... <input type="checkbox"/> Assurance voyage et/ou Assurance maladie. Valable jusqu'au			
37. NOM DE FAMILLE DU CONJOINT		38. NOMS DE FAMILLE DU CONJOINT PRECEDENTS ET A LA NAISSANCE	
39. PRENOM DU CONJOINT	40. DATE DE NAISSANCE DU CONJOINT	41. LIEU DE NAISSANCE DU CONJOINT	
42. ENFANTS			
Nom de famille et prénom du père	Prénom	Date de naissance	
1.			
2.			
3.			
43. DONNEES PERSONNELLES CONCERNANT LES CITOYENS UE ou EEE DONT VOUS DEPENDEZ (Cette rubrique ne doit être remplie que par les membres de la famille d'un ressortissant UE ou EEE)			
Noms de famille et du père		Prénom	
Date de naissance	Nationalité	Numéro de passeport	
Lien de parenté : d'un ressortissant UE ou EEE			
<p>44. J'accepte que les données qui figurent dans le présent formulaire soient communiquées aux autorités compétentes de la République de Bulgarie et traitées par elles en vue de la décision concernant la demande de visa. Ces données pourront être introduites et stockées dans des bases de données.</p> <p>Je déclare toutes les déclarations <i>supra</i> correctes. Je suis conscient de ce que toute fausse déclaration peut entraîner des poursuites pénales en application du droit bulgare et entraînera le rejet de ma demande ou l'annulation du visa déjà délivré.</p> <p>Je m'engage à quitter le territoire de la République de Bulgarie à l'expiration du visa.</p> <p>J'ai été informé/e de ce que la possession d'un visa n'est que l'une des conditions d'entrée sur le territoire de la République de Bulgarie.</p>			
45. DOMICILE D'ORIGINE DU DEMANDEUR DE VISA		46. NUMERO DE TELEPHONE	
47. LIEU ET DATE		48. SIGNATURE	