

Auftraggeber/Rechnungsadress Name Strasse PLZ/Ort TEL. FAX. Email Ansprechpartner/in		ComfortVisa Westfälischestr. 40 10711 Berlin T +49 (0) 30 / 890 46 844 F +49 (0) 30 / 890 46 845 E berlin@comfortvisa.de			
Hiermit beauftrage/n ich/wir Sie gema Visabeschaffung über die Botschaft_					
Reisende/r:					
Rückgabetermin der Unterlagen: Abreisetermin:					
Bearbeitungszeit:					
7-14 Tage	Express Bearbeitung 2-6 Tage	Last Minute Bearbeitung *			
* nur möglich, wenn die betreffende Botschaft die	es zulässt.				
Diesem Auftrag sind folgende Dok	umente beigefügt:				
Pass/Pässe Einladung(en) sonstiges:		Photos Buchungsbestätigung			
Rücksensung der Dokumente per:					
☐ Kurier Termin: (Uhr)	Einschreiben	☐ Selbstabholer			
gewünschte Zahlungsart (Der Reis	sende haftet für die Zahl	ung):			
☐ Überweisung* * nur für bestehende Kunden	Bankeinzug	☐ Nachnahme			
EINZUGSERMÄCHTIGUNG (Wenn Sie am Hiermit ermächtige/n ich/wir die Firma - Co Visabeschaffung bei Fälligkeit zu Lasten m	omfortVisa widerruflich, die von	mir/uns entrichtenden Zahlungen für die			
Kontoinhaber:	ntoinhaber:Kto-Nr.:				
Bank:BLZ:					
Ort, Datum:	Datum:Unterschrift:				
Ort, Datum und Unterschrift		Firmenstempel			

Dieses Feld bitte nicht ausfüllen! (Nur für die interne Bearbeitung!)

-		(::::::::::::::::::::::::::::::::::::::	200.20.00.	
	EINGANG:	per:	AUSGANG:	per:
	AB		VB	