

Ce formulaire d'autorisation indique que le soussigné accepte le traitement ultérieur de la demande de visa par YourVisa à l'ambassade d'Algérie à La Haye.

Prénoms): \* \_\_\_\_\_

Nom de famille: \* \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_

\*noms complets comme sur le passeport

Date: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

(Ceci doit être identique à la signature de votre passeport)