

مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث
KING FAISAL SPECIALIST HOSPITAL AND RESEARCH CENTRE
موسسة عامة General Organization

VISIT VISA REQUEST FORM

نموذج طلب تأشيرة زيارة

برجاء التكرم باستكمال النموذج المرفق طيه في حالة طلب تأشيرة زيارة للمستشفى وبنفس الترتيب

واستخدام نفس النموذج في حالة اضافة مرافقين :

Purpose of Visit: الغرض من الزيارة _____

مدة الصلاحية باليوم للتأشيرة المفردة (٩٠/٣٠/١٤) يوم
مدة الصلاحية باليوم للتأشيرة المتعددة السفرات (١٨٠ يوم) لايد من خروج الزائر من المملكة كل ٣٠ يوم
٣٦٥ يوم (لايد من خروج الزائر من المملكة كل ٩٠ يوم
٧٣٠ يوم (لايد من خروج الزائر من المملكة كل ٩٠ يوم
١٨٢٥ يوم (لايد من خروج الزائر من المملكة كل ١٨٠ يوم

Full Name (as in passport) : اسم المطلوب طبقا لجواز السفر: _____

Religion : الديانة _____

Workplace : جهة العمل _____

Work Activity : النشاط _____

Date of Birth : تاريخ الميلاد _____

Place of Birth : محل الميلاد _____

Passport Number : رقم جواز السفر _____

Type of Passport : نوع الجواز _____

Date of Issue : تاريخ إصدار الجواز _____

Date of Expiry : تاريخ إنتهاء الجواز _____

Place of Issue : مكان إصدار الجواز _____

Job Title : المهنة _____

Nationality : الجنسية _____

Gender : الجنس _____

Nearest Saudi Arabian Embassy : جهة القدوم _____

Multiple OR Single Exit/Re-Entry : عدد مرات الدخول متعدد / سفرة واحدة حدد _____

Duration of Stay : مدة الصلاحية باليوم _____