

POWER OF ATTORNEY

وكالة خاصة

I THE UNDERSIGNED	أنا الموقع أدناه:
NAME:	الاسم :
DATE OF BIRTH:	تاريخ الميلاد :
NATIONALITY:	الجنسية :
PASSPORT#:	رقم جواز السفر :
OCCUPATION:	المهنة :
PRESENT ADDRESS:	العنوان الحالي :
NAME OF APPOINTEE:	اسم الموكل إليه :
NATIONALITY:	الجنسية :
OCCUPATION:	المهنة :
ADDRESS IN THE KINGDOM:	العنوان في المملكة :
CIVIL REGISTRATION (IF SAUDI CITIZEN):	رقم حفيظة النفوس/السجل المدني :
THIS POWER OF ATTORNEY IS SUBJECT TO THE FOLLOWING CONDITIONS AND RESTRICTIONS: TO REPRESENT ME, ACT ON MY BEHALF, SUBMIT, FOLLOW UP AND RECEIVE THE POLICE CERTIFICATE FROM THE SAUDI AUTHORITIES FOR THE PRUPOSE OF:	لينوب عني في إصدار و استلام شهادة خلو سوابق من الدوائر الحكومية في المملكة العربية السعودية الغرض من إصدار الشهادة :

DATE:

التاريخ :

SIGNATURE

التوقيع :