



CONSULATE GENERAL
OF SAUDI ARABIA
MUMBAI

PHOTO

الصورة

مومباي

استمارة طلب تأشيرة

MOFA NO.:-

رقم التسلسل ٢٣٢/

VISA APPLICATION FORM

Job title: _____ رمز الطبيب: _____ :GCC CODE No. المهنة

Agent's name (optional) _____ اسم الوكيل (إذا وجد)

P.P. holder's first name _____ الاسم الأول لحامل الجواز Middle name _____ الاسم الثاني Family Name (optional) _____ اسم العائلة

Place & date of birth: _____ محل وتاريخ الولادة

Nationality: _____ الجنسية

Religion & caste: _____ الديانة

Residential address: _____ عنوان المنزل

Passport No. & place of issue: _____ رقم الجواز ومصدره

Date of issue & expiry: _____ تاريخ الإصدار والإنهاء

Sex: Male/female _____ الجنس: ذكر/أنثى

Accompanied in passport by: (1) _____ المرافقون بنفس الجواز

(2) _____ (3) _____

Purpose of visit & period of stay: _____ الغاية من السفر ومدة الإقامة

Date of departure & port of arrival: _____ تاريخ المغادرة وجهة الوصول

Visa number & date of issue: _____ رقم أمر الاستخدام التأشيرة وتاريخها

Sponsor's name:- _____ اسم الكفيل

Address & Tel. No.: _____ العنوان ورقم الهاتف

I, THE UNDERSIGNED HEREBY CERTIFY THAT ALL THE INFORMATION I HAVE PROVIDED IS CORRECT. I WILL ABIDE BY THE LAWS OF THE KINGDOM DURING THE PERIOD OF STAY

أنا الموقع أدناه أقر بأن كل المعلومات التي دونتها صحيحة وسأكون ملتزماً بقوانين المملكة أثناء وجودي بها

I the undersigned, hereby agree that I am ready to undergo through all the emigration/ residential rules applied in the kingdom of Saudi Arabia even the investigation about my identity through the new identification process by finger prints/iris of the eyes.

SIGNATURE OF THE APPLICANT

توقيع طالب التأشيرة

(FOR OFFICIAL USE ONLY)