



Date:

--	--

التاريخ:

Name:

--	--

الاسم:

ID Number:

--	--

رقم البطاقة:

Driver's
Name

--	--

اسم السائق:

ID Number:

--	--

رقم إثبات
الشخصية:

Duration:

--	--

مدة التصريح :

All information above is correct and he will be under my responsibility in case of any violations within KAMC .

جميع المعلومات أعلاه صحيحة و سوف اكون مسئولة عن السائق في حال صدر منه أي تصرف غير مسئول داخل مدينة الملك عبدالعزيز الطبية.

Signature:

--

التوقيع: