



تامر ديمتري راجح دكتور مفتي

145-L/VF/ / رقم السر:

البيانات الشخصية

معلومات شخصية:

الاسم: [] رقم الهوية: []
 تاريخ الميلاد: [] الجنس: []
 رقم الهاتف: [] رقم السكن: []
 رقم العمل: [] رقم الدخول: []
 رقم الإقامة: [] رقم البطاقة: []
 رقم الترخيص: [] رقم التسجيل: []
 رقم الوثائق: [] رقم الهوية: []

معلومات أخرى:

الدرجة العلمية: []
 رقم التسجيل: []
 رقم الوثائق: []

معلومات إضافية:

الاسم: [] رقم الهوية: []
 الجنس: [] الجنس: []
 رقم الهاتف: [] رقم السكن: []
 رقم العمل: [] رقم الدخول: []
 رقم الإقامة: [] رقم البطاقة: []
 رقم الترخيص: [] رقم التسجيل: []

أنا، **تامر ديمتري راجح**، أقر بأن المعلومات التي وردت في هذا النموذج هي صحيحة وصادقة، ولا تحتوي على أي معلومات كاذبة أو مغلوطة، وأنا مسؤول عن دقتها. أوافق على أن هذه المعلومات قد تُستخدم لأغراض قانونية أو أمنية. أوافق على أن هذه المعلومات قد تُكشف عن هويتي أو معلوماتي الشخصية لأفراد آخرين أو هيئات حكومية أو دولية، في إطار القوانين المعمول بها. أوافق على أن هذه المعلومات قد تُستخدم في التحقيقات الجنائية أو الأمن الوطني.

.....

