



طلب تمديد زيارة

الجهة المقدم اليها الطلب : تاريخ تقديم الطلب : / /
بيانات رخصة الزيارة : رقم رخصة الدخول : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
نوع الرخصة : العلاقة بالكفيل :
FULL NAME :
الإسم :
الجنسية : المهنة : رقم الجواز :
العنوان الحالي للزائر : هاتف السكن / العمل :
المدة المطلوبة للتمديد : تاريخ اصدار التأشيرة : / /
تاريخ انتهاء التأشيرة : / /
عدد مرات التمديد السابق : تاريخ أول دخول : / /
تاريخ انتهاء التمديد الحالي (إن وجد) : / /
المرافقون ضمن رخصة الزيارة (إن وجد) :

م	الإسم	العلاقة	م	الإسم	العلاقة
١			٥		
٢			٦		
٣			٧		
٤			٨		

بيانات الكفيل : حدد نوع الكفيل ←
 شخصي منشأة خليجي أخرى
الإسم :
العنوان : هاتف السكن / العمل :
الجنسية :
تعهد الكفيل :
أتعهد بأن يغادر مكفولي الزائر والموضحة بياناته أعلاه البلاد عند انتهاء مدة الزيارة الممنوحة له، وأتحمل المسؤولية القانونية إن وجد ما يخالف قانون تنظيم دخول وإقامة الأجانب رقم (٣) لسنة ١٩٦٣ م والقوانين الأخرى المعدلة له بدولة قطر.
توقيع الكفيل : ختم الكفيل : رقم الكفالة : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
مقدم الطلب : نفس الكفيل مندوب - الرقم الشخصي : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
إسم المندوب / مقدم الطلب : توقيع مقدم الطلب :
أخرى

للاستعمال الرسمي

١	إدارة شؤون الوافدين	رقم التسجيل : التاريخ : / / تاريخ التحويل للقومسيون الطبي : / / الختم : توقيع المسئول :
٢	وزارة الصحة العامة (إدارة القومسيون الطبي العام)	رقم التسجيل : تاريخ التسجيل : / / نتيجة الفحص : التاريخ : / / الختم يعتمد المدير :
٣	قرار الموافقة	تمدد الزيارة لمدة : رسوم التمديد : التعليق : تاريخ الموافقة : / / إعتماد / مدير إدارة شؤون الوافدين :

* يشترط على الراغبين البقاء في البلاد أكثر من شهر اجتياز الفحص الطبي (القومسيون الطبي العام) بعد دخولهم البلاد خلال ٧٢ ساعة .
مستقبل ومدقق الطلب : التسجيل :

طابع	طابع	طابع	طابع	طابع	طابع
------	------	------	------	------	------