

Establishment No.	رقم المنشأة	Branch No.	الفرع	Type of Transaction	نوع الإجراء
				<input type="checkbox"/> تغيير المخول بالتوقيع Update Authorized Person	<input type="checkbox"/> جديد New

Basic Details البيانات الأساسية

Establishment Name	اسم المنشأة

CR No.	رقم السجل التجاري	Employer CPR No.	الرقم الشخصي لصاحب المنشأة	Unit No.	رقم الوحدة

Address عنوان المراسلة					
P.O. Box ص.ب.	Area المنطقة	Block مجمع	Road طريق	Bldg. مبنى	Off. / Flat مكتبة / شقة

Email البريد الإلكتروني	Mobile No. رقم النقال	Fax No. رقم الفاكس	Office Tel. No. هاتف العمل

Est Nationality جنسية المنشأة	Legal Status الكيان القانوني	Date of Coverate تاريخ الخضوع للتأمين							
<input type="checkbox"/> أجنبي Expatriate	<input type="checkbox"/> مشترك Join	<input type="checkbox"/> بحريني Bahraini	<input type="checkbox"/> أخرى Other	<input type="checkbox"/> مشترك Join	<input type="checkbox"/> فردي Single				

Type of Activity نوع النشاط	No. of Workers عدد العمال	Invoice Language لغة الفاتورة		
	<input type="checkbox"/> أجنبي Expatriate	<input type="checkbox"/> بحريني Bahraini	<input type="checkbox"/> إنجليزي English	<input type="checkbox"/> عربي Arabic

Authorized Persons المخولون بالتوقيع

Signature التوقيع	Position	صلته بالمنشأة	Name الاسم	CPR No.	الرقم الشخصي

Application Forwarder Details بيانات مقدم الطلب

Name الاسم	CPR No.	الرقم الشخصي

Signature and Stamp التوقيع والختم	Tel. الهاتف	Place of Work جهة العمل

Declaration نص الإقرار بتفصيل الخدمة الإلكترونية

أقر أنا الموقع أدناه باطلاعي على كافة الشروط والأحكام الواردة في هذه الاستمارة و بموافقتي عليها، كما أقر بصحة المعلومات الواردة فيها.  
I, the undersigned, declare that all the information mentioned above is correct and shall be held liable if it was proved otherwise.

Date التاريخ	Employer's Name اسم صاحب المنشأة

Signature and Stamp توقيع وختم صاحب المنشأة

Please update any changes in the above details. الرجاء تحديث البيانات في حالة التغيير.

Official Use Only للإستخدام الرسمي فقط

Date التاريخ	Signature التوقيع	Application recived by تم استلام الطلب من قبل