

Letter of Consent

I hereby give my consent to the Saudi Arabian Cultural Bureau in London to obtain my medical information held with any third party.

أنا الموقع أدناه أوافق ان تقوم الملحقية السعودية في لندن بالحصول على بياناتي الطبية/الصحية من أي طرف ثالث بحوزته هذه البيانات.

Full Name / الاسم الرباعي :

D.O.B / تاريخ الميلاد :

Sign / التوقيع :

Date / التاريخ :