

تحديث بيانات الاتصال بالشركاء

Customer Information Update

شركائنا الاعزاء،
نفخر بعلاقتنا التجارية الناجحة، ومن أجل التواصل والمتابعة الدقيقة وحرصا منا في الحفاظ على سرية معلوماتكم، نرجو من حضرتكم تحديث بيانات الاتصال الخاصة بكم.
نرجو مراجعة الصفحتين وامضاء وختم النموذج إذا كانت كل المعلومات صحيحة. في حال رغبتكم في تغيير المعلومات بإمكانكم تعبئة التغييرات والتأكد من إمضاء النموذج وارساله لنا على البريد الإلكتروني info@bisan.com.

Dear Partner,

We take pride in our successful business relationship. To ensure precise communication and follow-up, and out of our commitment to maintaining the confidentiality of your information, we kindly request that you update your contact details.

Please review the two pages, sign and stamp the form if all the information is correct. If you wish to make any changes, you may fill in the updated information, ensure the form is signed, and send it to us via email to info@bisan.com.

إسم الشركة / المؤسسة _____

Company / Organization _____

Bisan ERP Account Code _____ رمز حساب بيسان ERP _____

Invoice To _____ إصدار الفاتورة باسم _____

Address _____ العنوان _____ City _____ المدينة _____

Phone No _____ رقم التلفون _____ Fax No _____ رقم الفاكس _____

Mobile No _____ رقم الخليوي _____ Email _____ البريد الإلكتروني _____

Contact

معلومات الاتصال

CEO / General Manager _____ المدير العام / التنفيذي _____

Mobile _____ Email _____ City _____

Finance Manager / Accountant _____ المدير المالي / المحاسب _____

Mobile _____ Email _____ City _____

Auditor _____ مدقق الحسابات _____

Mobile _____ Email _____ City _____

Authorized Administrator & Contact for Bisan

إننا نخول الشخص التالي للتوقيع على المراسلات الرسمية الموجهة الى شركة بيسان م.م. في ما يتعلق بالتعديلات على إعدادات النظام وطلب تغيير كلمة السر الخاصة بالمستخدم الرئيسي وكافة النماذج المعتمدة من قبل الشركة فيما يخص النظام الخاص بشركتنا/مؤسستنا. ونتحمل مسؤولية ابلاغكم فور حصول أي تغيير على ذلك.

We hereby, authorize the following contact person to sign all official correspondence addressed to Bisan Systems Ltd. in all manners relating to the Admin Password change request, modifications to System settings and all other certified forms issued by the company regarding our company/organization's subscription. We accept full responsibility to inform you immediately should any changes arise regarding this authorization.

Name _____ الوصف الوظيفي _____ Title _____ الاسم

Authorized Email _____ الايميل المخول

Authorized Mobile _____ الخليوي للرسائل

Authorized Contact Signature _____ Date: ___/___/2026

جهة اتصال الفوترة**Contact for Billing Purposes**

Name _____ الوصف الوظيفي _____ Title _____ الإسم

Billing Email _____ الايميل للفوترة

Billing Mobile _____ رقم الخليوي

I hereby confirm that the above information is correct. وعليه أوقع على أن المعلومات الواردة صحيحة

Authorized Signatories**المفوضون بالتوقيع بحسب التسجيل الرسمي**

Signature التوقيع	Name الاسم

Date ___ / ___ / 2026

Official Stamp / الختم الرسمي

Please Attach:

1. Company Registration / ID Photo Copy (For personal accounts)
2. Authorized Signatories.