



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

BORANG D

**PERMOHONAN BAGI PEMINDAHAN HAKMILIK ATAU
PENYERAHHAKAN PERAKUAN PENDAFTARAN**

PANDUAN MENGISI BORANG D

Arahan am:

1. Sila gunakan pen berdakwat hitam dan tulisan **HURUF BESAR**.
2. Semua salinan dokumen hendaklah diakui sah oleh pegawai kumpulan pengurusan dan profesional.

Borang D

1. Sila nyatakan langkah yang diambil untuk memastikan—
 - 1.1 keselamatan dan kesejahteraan rekod pesakit;
 - 1.2 dokumen berkaitan yang lain; dan
 - 1.3 kualiti perkhidmatandi jaga setelah perakuan pendaftaran dipindah hakmilik atau diserahkan.
2. Pemohon perlu membayar fi permohonan RM300.00 dalam bentuk
Kiriman Wang (*Money Order*),
Cek Berpalang, atau
Draf Bank
**cek persendirian dan wang tunai tidak diterima*

atas nama **Ketua Setiausaha Kementerian Kesihatan Malaysia** dan dihantar bersama borang permohonan beserta dokumen berkaitan kepada **Bahagian Amalan Perubatan**, Kementerian Kesihatan.

Lampiran kepada Borang D

Bahagian B

1. **Tuan punya tunggal** bermaksud pemilik perseorangan.
Perkongsian bermaksud pemilik lebih dari seorang.
Pertubuhan perbadanan bermaksud syarikat yang diperbadankan di bawah Akta Syarikat 1965.
Pertubuhan bermaksud badan yang ditubuhkan untuk (menjalankan) sesuatu lembaga, organisasi atau persatuan (*rujuk 2*).

Bahagian C

2. Istilah Bahasa Inggeris bagi **Organisasi Jagaan Yang Diuruskan** adalah *Managed Care Organisation (MCO)*(*rujuk no. 1*).

BORANG D
[Perenggan 4(1)(a)]

AKTA KEMUDAHAN DAN PERKHIDMATAN JAGAAN KESIHATAN SWASTA 1998

**PERATURAN-PERATURAN KEMUDAHAN DAN PERKHIDMATAN JAGAAN
KESIHATAN SWASTA (KLINIK PERUBATAN SWASTA ATAU
KLINIK PERGIGIAN SWASTA) 2006**

PERMOHONAN BAGI PEMINDAHAN HAKMILIK ATAU PENYERAHHAKAN PERAKUAN PENDAFTARAN

Kepada,

KETUA PENGARAH KESIHATAN
KEMENTERIAN KESIHATAN, MALAYSIA

Saya (*huruf besar*):
(Nama *pemindah hakmilik/penyerahhak)

No. KPPN *pemindah hakmilik/penyerahhak:.....

Alamat *pemindah hakmilik/penyerahhak:.....

yang merupakan pemegang perakuan pendaftaran *klinik perubatan swasta/klinik pergigian swasta yang diperihalkan di bawah ini, dengan ini memohon supaya perakuan pendaftaran bagi *klinik perubatan swasta/klinik pergigian swasta tersebut *dipindahkan hakmilik/diserah hak kepada:

Nama *penerima pindahan/pemegang serah hak:.....

No. KPPN *penerima pindahan/pemegang serah hak:.....

Alamat *penerima pindahan/pemegang serah hak:.....

dan bersama-sama ini mengemukakan suatu salinan benar terperaku perakuan pendaftaran dan membayar fi sebanyak RM *kiriman wang/cek/draf bank bernombor

Bank.....

Nama *klinik perubatan swasta/klinik pergigian swasta:.....

Alamat *klinik perubatan swasta/klinik pergigian swasta:.....

No. perakuan pendaftaran:.....

Tarikh luput:.....

Saya mengakui bahawa maklumat di atas adalah benar dan cadangan pemindahan *hakmilik/penyerahhakan tidak akan mengganggu mana-mana perkhidmatan *perubatan/pergigian yang sedia ada sebelum atau semasa urusan *pemindahan hakmilik/penyerahhakan dan akan mengambil segala langkah untuk memastikan keselamatan dan kesejahteraan pesakit dan rekod serta kualiti perkhidmatan yang diberikan dikekalkan.

.....
Tandatangan *pemindah hakmilik/penyerah hak
Cop rasmi pertubuhan perbadanan

Bertarikh

Dan saya yang bertandatangan di bawah, setelah berkontrak untuk *membeli/mengambil alih *klinik perubatan swasta/klinik pergigian swasta di atas dengan ini membuat permohonan bagi *pemindahan hakmilik/penyerahhakan tersebut dan melampirkan bersama-sama ini dua salinan **Lampiran kepada Borang D**.

Saya mengakui bahawa maklumat di atas adalah benar dan *pemindahan hakmilik/penyerahhakan tidak akan mengganggu mana-mana perkhidmatan *perubatan/pergigian yang sedia ada sebelum atau semasa urusan *pemindahan hakmilik/penyerahhakan dan akan mengambil segala langkah untuk memastikan keselamatan dan kesejahteraan pesakit dan rekod serta kualiti perkhidmatan yang diberikan dikekalkan.

Nama *penerima pindahan/pemegang serah hak:
(Huruf besar)

.....
Tandatangan **penerima pindahan/pemegang serah hak
Cop rasmi pertubuhan perbadanan

Bertarikh

Catatan: * Potong mana-mana yang tidak berkenaan.

** Dalam hal klinik perubatan swasta, penerima pindahan/pemegang serah hak hendaklah merupakan pengamal perubatan berdaftar.

Dalam hal klinik pergigian swasta, penerima pindahan/pemegang serah hak hendaklah merupakan pengamal pergigian berdaftar atau pertubuhan perbadanan dan penerima pindahan/pemegang serah hak hendaklah merupakan orang yang diberi kuasa untuk memohon bagi pihak pertubuhan perbadanan itu dan hendaklah mengemukakan surat pemberian kuasa.

LAMPIRAN KEPADA BORANG D

PERMOHONAN BAGI PEMINDAHAN HAKMILIK ATAU PENYERAHHAKAN
PERAKUAN PENDAFTARAN

A. MAKLUMAT MENGENAI PENERIMA PINDAHAN/PEMEGANG SERAH HAK

1. Butir-butir pemohon:

Catatan: *Dalam hal klinik perubatan swasta, pemohon hendaklah merupakan pengamal perubatan berdaftar. Dalam hal klinik pergigian swasta, pemohon hendaklah merupakan pengamal pergigian berdaftar atau pertubuhan perbadanan dan pemohon itu hendaklah merupakan orang yang diberi kuasa untuk memohon bagi pihak pertubuhan perbadanan itu.*

(a) Nama:

(b) No. KPPN:

(c) Jantina:

(d) Tarikh lahir:

(e) Kerakyatan:

(f) Bangsa:

(g) Alamat:

(i) Tempat kerja semasa:

.....
.....

Bandar:

Poskod:

Negeri:

Faks:

Tel.:

(ii) Kediaman tetap:

.....
.....

Bandar:

Poskod:

Negeri:

Faks:

Tel.:

(iii) Alamat surat-menyurat (jika berlainan daripada alamat tempat kerja):

.....
.....

Bandar:

Poskod:

Negeri:

Faks:

Tel.:

(iv) E-mel

(h) Kelayakan profesional (sila gunakan lampiran jika perlu):

| Bil. | Kelayakan (sila lampirkan salinan benar yang diperakui) | Institusi atau Badan Yang Menganugerahkan Kelayakan | Tahun |
|------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------|
| | | | |

(i) Pendaftaran profesional (sila gunakan lampiran jika perlu):

| Nama Badan Yang Mendaftar | No. Pendaftaran Penuh (sila lampirkan salinan benar yang diperakui bagi perakuan) | Tahun | No. Perakuan Pengalaman Semasa (sila lampirkan salinan benar yang diperakui bagi perakuan) | Tahun |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| | | | | |

(j) Pengalaman kerja (sila nyatakan pengalaman pentadbiran dan klinikal dan jika perlu, gunakan lampiran):

| Bil. | Pengalaman kerja | Tempoh atau Tahun | Tempat |
|------|------------------|-------------------|--------|
| | | | |

(k) Akuan berkanun bahawa dia tidak pernah disabitkan atas apa-apa kesalahan yang melibatkan fraud atau ketidakjujuran dan bukan seorang bankrap yang belum dilepaskan.

(l) Pendaftaran atau permohonan pendaftaran terdahulu atau semasa lain klinik perubatan swasta atau klinik pergigian swasta di Malaysia (sila lampirkan salinan yang diperakui dan jika perlu, gunakan lampiran).

B. MAKLUMAT MENGENAI PERKONGSIAN ATAU PERTUBUHAN PERBADANAN ATAU PERTUBUHAN

Catatan: Dalam hal perkongsian atau pertubuhan perbadanan atau pertubuhan sahaja.

2. Butir-butir yang berhubungan dengan *perkongsian/pertubuhan perbadanan/pertubuhan:

(a) Nama *perkongsian/pertubuhan perbadanan/pertubuhan:

.....
.....

(b) Nombor pendaftaran (Jika terpakai):

(c) Tahun diperbadankan atau didaftarkan (Jika terpakai):

(d) Alamat *perkongsian/pertubuhan perbadanan/pertubuhan:

.....
.....

Bandar:

Poskod:

Negeri:

Faks:

Tel.:

E-mel:

(e) Dokumen konstituen yang hendaklah dikemukakan, disahkan dengan sewajarnya oleh akuan berkanun.

3. Butir-butir setiap anggota perkongsian atau lembaga pengarah pertubuhan perbadanan (*sila gunakan lampiran jika perlu*):

(a) Nama:

(b) No. KPPN:

(c) Tarikh lahir:

(d) Jantina:

(e) Bangsa:

(f) Kerakyatan:

(g) Alamat:

(i) Tempat kerja semasa:

.....
.....

Bandar:

Poskod:

Negeri:

Faks:

Tel.:

(ii) Kediaman tetap:

.....
.....

Bandar:

Poskod:

Negeri:

Faks:

Tel.:

(iii) Alamat surat-menyurat (jika berlainan daripada alamat tempat kerja):

Bandar:

Poskod:

Negeri:

Faks:

Tel.:

(iv) E-mel:

(h) Kelayakan profesional (sila gunakan lampiran jika perlu):

| Bil. | Kelayakan (sila lampirkan salinan benar yang diperakui) | Institusi atau Badan Yang Menganugerahkan Kelayakan | Tahun |
|------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------|
| | | | |

(i) Pendaftaran profesional (sila gunakan lampiran jika perlu):

| Nama Badan Yang Mendaftar | No. Pendaftaran Penuh (sila lampirkan salinan benar yang diperakui bagi perakuan) | Tahun | No. Perakuan Pengamalan Semasa (sila lampirkan salinan benar yang diperakui bagi perakuan) | Tahun |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| | | | | |

(j) Pengalaman kerja (sila nyatakan pengalaman pentadbiran dan klinikal dan jika perlu, gunakan lampiran):

| Bil. | Pengalaman kerja | Tempat | Tempoh atau Tahun |
|------|------------------|--------|-------------------|
| | | | |

(k) Akuan berkanun bahawa dia tidak pernah disabitkan atas apa-apa kesalahan yang melibatkan fraud atau ketidakjujuran dan bukan seorang bankrap yang belum dilepaskan.

C. MAKLUMAT LAIN

1. Butir-butir mana-mana Organisasi Jagaan Yang Diuruskan yang mempunyai apa-apa kontrak atau perkiraan dengan klinik perubatan swasta atau klinik pergigian swasta:

(a) Nama Organisasi Jagaan Yang Diuruskan;

(b) Tarikh kontrak dimeteraikan atau perkiraan diadakan dengan Organisasi Jagaan Yang Diuruskan;

(c) Jenis Kontrak atau perkiraan dengan Organisasi Jagaan Yang Diuruskan (sila lampirkan dokumen yang menyokong); dan

(d) Alamat:

.....
.....

Bandar:

Poskod:

Negeri:

Faks:

Tel.:

E-mel:

2. Penyata Kewangan (sila lampirkan dokumen yang menyokong):

(a) Modal berbayar

(i) Tempatan:

(ii) Asing:

(b) Jumlah pinjaman (*jika ada*)

(i) Tempatan:

(ii) Asing:

(c) Jumlah pelaburan $[(a) + (b)]$:

(d) Kos projek jika berlainan daripada jumlah pelaburan (*sila nyatakan sebab*):

.....

.....

.....

.....

ALAMAT-ALAMAT UNIT KAWALAN AMALAN PERUBATAN SWASTA

UNIT KAWALAN AMALAN PERUBATAN SWASTA
JABATAN KESIHATAN NEGERI SABAH, TINGKAT 3, RUMAH PERSEKUTUAN, 88590 KOTA KINABALU, SABAH
TEL.: 088-265960 EXT. 114

UNIT KAWALAN AMALAN PERUBATAN SWASTA
JABATAN KESIHATAN WILAYAH PERSEKUTUAN LABUAN, PETI SURAT 80832
87018 WILAYAH PERSEKUTUAN LABUAN
TEL.: 087-411702

UNIT KAWALAN AMALAN PERUBATAN SWASTA
JABATAN KESIHATAN NEGERI SARAWAK, JALAN TUN ABANG HAJI OPENG, 93590 KUCHING, SARAWAK
TEL.: 082-243423/256566 EXT. 216/402

UNIT KAWALAN AMALAN PERUBATAN SWASTA
JABATAN KESIHATAN NEGERI PERAK, JALAN PANGLIMA BUKIT GANTANG WAHAB,
30590 IPOH, PERAK DARUL RIDZUAN
TEL.: 05-2411834/2533489

UNIT KAWALAN AMALAN PERUBATAN SWASTA
JABATAN KESIHATAN NEGERI KELANTAN, ARAS 5, WISMA PERSEKUTUAN, JALAN BAYAM,
15590 KOTA BHARU, KELANTAN DARUL NAIM
TEL.: 09-7443960/7413368

UNIT KAWALAN AMALAN PERUBATAN SWASTA
JABATAN KESIHATAN NEGERI PULAU PINANG, TINGKAT 37, BANGUNAN KOMTAR, 10590 PULAU PINANG
TEL.: 04-2625551/2625533

UNIT KAWALAN AMALAN PERUBATAN SWASTA
JABATAN KESIHATAN NEGERI KEDAH, LEBUHRAYA SULTANAH BAHYIAH
05350 ALOR SETAR, KEDAH DARUL AMAN
TEL.: 04-7333151 (PENGARAH)/7335533 (UKAPS) EXT. 350/351

UNIT KAWALAN AMALAN PERUBATAN SWASTA
JABATAN KESIHATAN NEGERI TERENGGANU, TINGKAT 5, WISMA PERSEKUTUAN, JALAN SULTAN ISMAIL,
20920 KUALA TERENGGANU, TERENGGANU DARUL IMAN
TEL.: 09-6222749/6222866

UNIT KAWALAN AMALAN PERUBATAN SWASTA
JABATAN KESIHATAN NEGERI JOHOR, TINGKAT 5 BLOK B, WISMA PERSEKUTUAN, JALAN AIR MOLEK
80590 JOHOR BAHRU, JOHOR DARUL TAKZIM
TEL.: 07-2245188/2245189 EXT. 204/205

UNIT KAWALAN AMALAN PERUBATAN SWASTA
JABATAN KESIHATAN NEGERI PAHANG, TINGKAT 12, WISMA PERSEKUTUAN, JALAN GAMBUT,
25000 KUANTAN PAHANG DARUL MAKMUR
TEL.: 09-5161366 EXT. 234

UNIT KAWALAN AMALAN PERUBATAN SWASTA
JABATAN KESIHATAN NEGERI PERLIS, TINGKAT 8, BANGUNAN PERSEKUTUAN, PERSIARAN JUBLI EMAS,
01000 KANGAR, PERLIS INDERA KAYANGAN
TEL.: 04-9761072

JABATAN KESIHATAN NEGERI SELANGOR
TINGKAT 10 & 11 WISMA SUNWAYMAS LOT 1, JALAN TENGGU AMPUAN ZABEDAH C9/C,
40100 SHAH ALAM, SELANGOR DARUL EHSAN
TEL.: 03-51237333/334/335/51237271

JABATAN KESIHATAN NEGERI SEMBILAN
JALAN LEE SAM, 70590 SEREMBAN, NEGERI SEMBILAN DARUL KHUSUS
TEL.: 06-7625231/7625232

UNIT KAWALAN AMALAN PERUBATAN SWASTA
JABATAN KESIHATAN NEGERI MELAKA, NO. 5, TINGKAT 1, KLINIK KESIHATAN, JALAN GEREJA,
75000 MELAKA
TEL.: 06-2849272

UNIT KAWALAN AMALAN PERUBATAN SWASTA
JABATAN KESIHATAN WILAYAH PERSEKUTUAN, JALAN CENDERASARI, 50590 KUALA LUMPUR
TEL.: 03-26940701/26938741/26938742 EXT. 124/126

CAWANGAN KAWALAN AMALAN PERUBATAN SWASTA
BAHAGIAN AMALAN PERUBATAN, KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA, ARAS 3, BLOK E1, PARCEL E
PUSAT PENTADBIRAN KERAJAAN PERSEKUTUAN, 62590 PUTRAJAYA
TEL.: 03-88831363/88831309

