

**SENARAI SEMAK BORANG 3 (PEMBAHARUAN LESEN) PUSAT HEMODIALISIS SWASTA  
(PERKONGSIAN)**

**Nama & Alamat Premis** : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Nama Pemohon/ Wakil & No. Tel.** : \_\_\_\_\_

**Corresponding E-mail** : \_\_\_\_\_

| BIL. | PERKARA  | DISEDIAKAN<br>(Tandakan ✓) | ULASAN |
|------|--|----------------------------|--------|
| 1.   | Borang 3 diisi <b>lengkap</b> (termasuk tarikh, tandatangan Orang Yang Diberi Kuasa dan cop rasmi Perkongsian)   |                            |        |
| 2.   | Salinan Borang 4/ Borang 7 yang <b>sah laku</b> (diperakui sah)  |                            |        |
| 3.   | Fi pemprosesan dalam bentuk kiriman wang ( <i>money order</i> ) atau draf bank ( <i>bank draft</i> ) dibayar atas nama <b>Pengarah Kesihatan Negeri</b> , kecuali bagi WP Kuala Lumpur/ Putrajaya/ Labuan dibayar atas nama <b>Ketua Akauntan Kementerian Kesihatan Malaysia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [RM700 + RM5 per kerusi dialisis/ katil dialisis berdasarkan lesen terkini]</li> <li>▪ Fi denda lewat (gandaan fi pemprosesan) dikenakan bagi permohonan yang diterima oleh CKAPS Negeri &lt; 6 bulan dari tarikh luput lesen</li> </ul> <b>(wang tunai atau cek persendirian <u>tidak</u> diterima)</b> |                            |        |
| 4.   | <u>Surat kuasa asal</u> bagi Orang Yang Diberi Kuasa (ditandatangani oleh ≥ 51% Ahli Perkongsian)  |                            |        |
| 5.   | Salinan kad pengenalan yang diperakui sah bagi –   |                            |        |
|      | ▪ Orang Yang Diberi Kuasa  |                            |        |
|      | ▪ Orang Yang Bertanggungjawab  |                            |        |
|      | ▪ Ahli Perkongsian yang <b>baru*</b> sahaja  |                            |        |
| 6.   | Akuan Berkanun asal yang terkini, ditandatangani Hakim Mahkamah Sesyen, Majistret, Pesuruhjaya Sumpah atau Notari Awam (tertera pernyataan “ <i>tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan fraud atau ketidakjujuran atau bankrap yang belum dilepaskan</i> ”) bagi –  |                            |        |
|      | ▪ Orang Yang Diberi Kuasa  |                            |        |
|      | ▪ Orang Yang Bertanggungjawab  |                            |        |
|      | ▪ Setiap Ahli Perkongsian  |                            |        |
| 7.   | Butiran Orang Yang Diberi Kuasa, Orang Yang Bertanggungjawab, <i>Affiliated Nephrologist</i> dan Ahli Perkongsian<br><b>(disenaraikan dengan lengkap mengikut Lampiran A)</b>  |                            |        |
| 8.   | Salinan Perakuan Amalan Tahunan ( <i>Annual Practicing Certificate [APC]</i> ) yang diperakui sah bagi tahun semasa/ terkini untuk pengamal perubatan yang merupakan –   |                            |        |
|      | ▪ Orang Yang Diberi Kuasa ( <i>jika berkaitan</i> )  |                            |        |
|      | ▪ Orang Yang Bertanggungjawab<br>( <i>perlu memastikan <u>nama dan alamat premis</u> yang dilesenkan tertera di APC</i> )  |                            |        |
|      | ▪ Ahli Perkongsian<br>( <i>perlu memastikan <u>nama dan alamat premis</u> yang dilesenkan atau <u>nama dan alamat Perkongsian</u> tertera di APC bagi sekurang-kurangnya <b>seorang</b> pengamal perubatan dalam senarai Ahli Perkongsian</i> )  |                            |        |
|      | ▪ <i>Affiliated Nephrologist</i><br>( <i>perlu memastikan <u>nama dan alamat premis</u> yang dilesenkan tertera di APC</i> )   |                            |        |
| 9.   | Surat persetujuan/ pengesahan lantikan bagi –  |                            |        |

| BIL. | PERKARA  | DISEDIAKAN<br>(Tandakan ✓) | ULASAN |
|------|--|----------------------------|--------|
|      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orang Yang Bertanggungjawab</li> </ul>  |                            |        |
|      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Affiliated Nephrologist</i></li> </ul>   |                            |        |
| 10.  | Salinan sijil tamat latihan 200 jam dalam rawatan hemodialisis yang diperakui sah bagi Orang Yang Bertanggungjawab   |                            |        |
| 11.  | Salinan surat kebenaran Ketua Jabatan (sekiranya Orang Yang Bertanggungjawab adalah pakar nefrologi hospital kerajaan/ hospital pengajar universiti/ hospital angkatan tentera/ pakar nefrologi tetap hospital swasta)       |                            |        |
| 12.  | Butiran profesional jagaan kesihatan lain (termasuk jururawat berdaftar, pembantu perubatan berdaftar dan profesional jagaan kesihatan lain) sedia ada dan baru<br><b>(disenaraikan dengan lengkap mengikut Lampiran C)</b>  |                            |        |
| 13.  | Salinan APC tahun semasa/ terkini (termasuk jururawat berdaftar dan pembantu perubatan berdaftar) yang diperakui sah bagi yang <b>baru</b> * sahaja  |                            |        |
| 14.  | Salinan sijil kelayakan pos basik (termasuk jururawat berdaftar dan pembantu perubatan berdaftar) yang diperakui sah bagi yang <b>baru</b> * sahaja  |                            |        |
| 15.  | Salinan dokumen yang mengesahkan status organisasi yang tidak mencari keuntungan ( <i>not for profit</i> ) yang diperakui sah ( <i>jika berkaitan</i> )  |                            |        |
| 16.  | Salinan <i>Business Information</i> daripada Suruhanjaya Syarikat Malaysia (SSM) <b>atau</b> dokumen konstituen bagi Perkongsian yang lengkap dengan duti setem dari Lembaga Hasil Dalam Negeri Malaysia yang diperakui sah: |                            |        |
|      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Surat pengesahan Perkongsian yang ditandatangani oleh semua pekongsi</li> </ul>   |                            |        |
|      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perjanjian Perkongsian (<i>jika ada</i>)</li> </ul>   |                            |        |
| 17.  | Salinan dokumen sokongan terkini yang diperakui sah:   |                            |        |
|      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perakuan Bomba atau Surat Sokongan Pelesenan dari Bomba yang sah laku</li> </ul>  |                            |        |
|      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perakuan Siap dan Pematuhan Bangunan (CF/ CCC) atau setaraf dengannya</li> </ul>  |                            |        |
|      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perjanjian/ Perkiraan Pembuangan Sisa Klinikal yang sah laku</li> </ul>   |                            |        |
|      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perjanjian/ Perkiraan Perkhidmatan Ambulans (<i>outsourced</i>) yang sah laku <b>atau</b> salinan dokumen berkaitan <i>in house</i> ambulans yang sah laku</li> </ul>               |                            |        |
| 18.  | Penyata kewangan terkini   |                            |        |

**NOTA:** \*Individu yang tidak dinamakan dalam permohonan pembaharuan lesen sebelum ini

Disemak oleh : \_\_\_\_\_  
 Tarikh : \_\_\_\_\_