

**SENARAI SEMAK BORANG 3 (PEMBAHARUAN LESEN) PUSAT HEMODIALISIS SWASTA
(TUAN PUNYA TUNGGAL)**

Nama & Alamat Premis : _____

Nama Pemohon/ Wakil & No. Tel. : _____

Corresponding E-mail : _____

BIL.	PERKARA	DISEDIAKAN (Tandakan ✓)	ULASAN
1.	Borang 3 diisi lengkap (termasuk tarikh, tandatangan, nama dan No. KPPN pemohon)		
2.	Salinan Borang 4/ Borang 7 yang sah laku (diperakui sah)		
3.	Fi pemprosesan dalam bentuk kiriman wang (<i>money order</i>) atau draf bank (<i>bank draft</i>) dibayar atas nama Pengarah Kesihatan Negeri , kecuali bagi WP Kuala Lumpur/ Putrajaya/ Labuan dibayar atas nama Ketua Akauntan Kementerian Kesihatan Malaysia <ul style="list-style-type: none"> ▪ [RM700 + RM5 per kerusi dialisis/ katil dialisis berdasarkan lesen terkini] ▪ Fi denda lewat (gandaan fi pemprosesan) dikenakan bagi permohonan yang diterima oleh CKAPS Negeri < 6 bulan dari tarikh luput lesen (wang tunai atau cek persendirian <u>tidak</u> diterima)		
4.	Salinan kad pengenalan yang diperakui sah bagi – <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemohon (pengamal perubatan berdaftar) ▪ Orang Yang Bertanggungjawab 		
5.	<u>Akuan Berkanun asal</u> 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 – <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemohon (pengamal perubatan berdaftar) ▪ Orang Yang Bertanggungjawab 		
6.	Butiran Pemohon, Orang Yang Bertanggungjawab dan <i>Affiliated Nephrologist</i> (disenaraikan dengan lengkap mengikut Lampiran A)		
7.	Salinan Perakuan Amalan Tahunan (<i>Annual Practicing Certificate [APC]</i>) yang diperakui sah bagi tahun semasa/ terkini untuk pengamal perubatan yang merupakan – <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemohon (pengamal perubatan berdaftar) (perlu memastikan nama dan alamat premis yang dilesenkan tertera di APC) ▪ Orang Yang Bertanggungjawab (perlu memastikan nama dan alamat premis yang dilesenkan tertera di APC) ▪ <i>Affiliated Nephrologist</i> (perlu memastikan nama dan alamat premis yang dilesenkan tertera di APC) 		
8.	Surat persetujuan/ pengesahan lantikan bagi – <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orang Yang Bertanggungjawab ▪ <i>Affiliated Nephrologist</i> 		
9.	Salinan sijil tamat latihan 200 jam dalam rawatan hemodialisis yang diperakui sah bagi Orang Yang Bertanggungjawab		
10.	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)		
11.	Butiran profesional jagaan kesihatan lain (termasuk jururawat berdaftar,		

BIL.	PERKARA	DISEDIAKAN (Tandakan ✓)	ULASAN
	pembantu perubatan berdaftar dan profesional jagaan kesihatan lain) sedia ada dan baru (<i>disenaraikan dengan lengkap mengikut Lampiran C</i>)		
12.	Salinan APC tahun semasa/ terkini (termasuk jururawat berdaftar dan pembantu perubatan berdaftar) yang diperakui sah bagi yang baru* sahaja		
13.	Salinan sijil kelayakan pos basik (termasuk jururawat berdaftar dan pembantu perubatan berdaftar) yang diperakui sah bagi yang baru* sahaja		
14.	Salinan dokumen sokongan terkini yang diperakui sah:		
	▪ Perakuan Bomba atau Surat Sokongan Pelesenan dari Bomba yang sah laku		
	▪ Perakuan Siap dan Pematuhan Bangunan (CF/ CCC) atau setaraf dengannya		
	▪ Perjanjian/ Perkiraan Pembuangan Sisa Klinikal yang sah laku		
	▪ Perjanjian/ Perkiraan Perkhidmatan Ambulans (<i>outsourc</i> e) yang sah laku atau salinan dokumen berkaitan <i>in house</i> ambulans yang sah laku		
15.	Penyata kewangan terkini		

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

Disemak oleh : _____
 Tarikh : _____