

**SENARAI SEMAK PERMOHONAN PINDAAN BUTIRAN PERAKUAN PENDAFTARAN
[CERTIFICATE OF REGISTRATION (COR)] KLINIK PERUBATAN SWASTA:
PENAMBAHAN PERKHIDMATAN ESTETIK SEBAGAI AREA OF INTEREST**

Nama Klinik :
 Alamat Klinik :
 Nama Pemegang Perakuan Pendaftaran (COR) :
 Nama Orang Yang Bertanggungjawab (OYB) :
 No. Tel / No. Fail :

BIL.	PERKARA	TANDA (√) / (X)
1.	Surat permohonan penambahan perkhidmatan estetik sebagai <i>area of interest</i> yang ditandatangani oleh- (a) pemegang COR; atau (b) penerima pindahan (sekiranya permohonan pindaan dikemukakan serentak dengan permohonan pindah hakmilik)	
2.	Salinan <i>Letter Of Credentialing & Privileging (LCP)</i> OYB yang valid & diperakui sah	
3.	Senarai perkhidmatan prosedur estetik yang hendak disediakan (selaras dengan LCP)	
4.	(a) Fi pemprosesan dalam bentuk kiriman wang (money order) atau draf bank (bank draft) (<i>wang tunai, cek persendirian atau cek syarikat tidak diterima</i>) dibayar atas nama KETUA SETIAUSAHA KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA bernilai RM150.00** • Sila tulis nama dan no. telefon pembayar di belakang bank draf	
	(b) 1 salinan (fotostat) kiriman wang/draf bank	
	(c) Slip Penghantaran Permohonan Berkaitan Klinik Swasta yang lengkap diisi (rujuk Lampiran)	
5.	(a) *Perakuan Pendaftaran Klinik (Borang B / F) asal	
	(b) 1 salinan (fotostat) Perakuan Pendaftaran Klinik (Borang B/ F)	
	(c) Lampiran kepada Borang B / F (Lampiran COR) asal (sekiranya ada)	
	(d) 1 salinan (fotostat) Lampiran kepada Borang B/ F (Lampiran COR) (sekiranya ada)	
	(e) Salinan repot polis yang diperakui sah (sekiranya COR asal dan/atau Lampiran kepada COR asal didapati hilang / tiada dalam simpanan)	
DOKUMEN TAMBAHAN		
1.	Pelan Lantai yang menunjukkan susun atur klinik terkini dengan skala 1:100 (sekiranya tiada Lampiran Borang B / F dan/atau terdapat perubahan pada pelan lantai)	
2.	Salinan Lesen Tenaga Atom dan Lampiran A (jika menyediakan perkhidmatan x-ray) yang valid & diperakui sah	

*Sekiranya terdapat perubahan pada waktu operasi yang telah didaftarkan perlu kemukakan permohonan pindaan waktu operasi klinik (rujuk Senarai Semak Permohonan Pindaan Waktu Operasi)

**Sekiranya pemegang COR mengemukakan 2 atau lebih permohonan pindaan serentak bagi 1 (satu) klinik, fi pemprosesan yang dikenakan adalah RM150.00

*Sila lengkapkan maklumat dalam slip di bawah dan kemukakan bersama permohonan

SLIP PENGHANTARAN PERMOHONAN BERKAITAN KLINIK SWASTA				
JENIS PERKHIDMATAN (sila tandakan / di kotak yang berkaitan)	KLINIK PERUBATAN SWASTA			
	KLINIK PERGIGIAN SWASTA			
NAMA PREMIS				
ALAMAT LOKASI PREMIS				
ALAMAT SURAT MENYURAT (jika berlainan dengan alamat premis)				
NO. PERAKUAN PENDAFTARAN				
NO. TELEFON PEMOHON / PREMIS				
E-MEL PEMOHON / PREMIS				
JENIS PERMOHONAN (sila tandakan / di kotak yang berkaitan)	BORANG A (PENDAFTARAN KLINIK BAHARU) RM500.00		PINDAAN BUTIRAN PERAKUAN PENDAFTARAN RM150.00	
	BORANG D (PEMINDAHAN HAKMILIK) RM300.00		SALINAN PENDUA RM200.00	
	BORANG E (PELUPUSAN) RM300.00		PENGELUARAN PERAKUAN PENDAFTARAN RM1000.00	
TANDATANGAN & COP PEMOHON				
UNTUK KEGUNAAN PEJABAT				