

**SENARAI SEMAK PERMOHONAN PINDAAN BUTIRAN PERAKUAN PENDAFTARAN
[CERTIFICATE OF REGISTRATION (COR)] KLINIK PERUBATAN SWASTA:
PINDAAN JENIS KLINIK**

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

BIL.	PERKARA	TANDA (√) / (X)
1.	Surat yang jelas memohon pindaan jenis klinik daripada pemegang COR yang akan disediakan oleh OYB	
2.	Kemukakan permohonan pindaan OYB yang selaras dengan jenis klinik (rujuk senarai semak pindaan OYB)	
3.	Senarai jenis-jenis perkhidmatan yang akan disediakan di klinik	
4.	(a) Fi pemprosesan dalam bentuk kiriman wang (money order) atau draf bank (bank draft) (<i>wang tunai, cek persendirian atau cek syarikat tidak</i> diterima) dibayar atas nama KETUA SETIAUSAHA KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA bernilai RM150.00** <ul style="list-style-type: none"> • 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 <u>COR asal</u> dan/atau <u>Lampiran COR asal</u> didapati hilang / tiada dalam simpanan)	
DOKUMEN TAMBAHAN		
1.	Pelan Lantai yang menunjukkan susun atur klinik terkini dengan skala 1:100	
2.	Salinan <u>Lesen Tenaga Atom</u> dan <u>Lampiran A</u> (jika menyediakan perkhidmatan <i>x-ray</i>) yang <i>valid & diperakui sah</i>	

*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				