

**SENARAI SEMAK PERMOHONAN PINDAAN BUTIRAN
PERAKUAN PENDAFTARAN [CERTIFICATE OF REGISTRATION (COR)] KLINIK PERGIGIAN SWASTA:
PENAMBAHAN PERKHIDMATAN X-RAY**

Nama Klinik :
Alamat Klinik :
Nama Pemegang Perakuan :
Pendaftaran (COR) /
Penerima Pindahan
No. Tel / Alamat emel :

BIL	PERKARA	TANDA (√) / (X)
1.	Surat yang jelas memohon penambahan perkhidmatan x-ray (tidak melibatkan pertukaran lokasi) daripada -	
	(a) pemegang COR atau penerima pindahan (sekiranya permohonan pindaan dikemukakan serentak dengan permohonan pindah hakmilik); atau	
	(b) Orang yang diberi kuasa (bagi pemegang COR/ penerima pindahan adalah pertubuhan perbadanan) (perlu disertakan surat kuasa asal yang ditandatangani oleh ≥ 51% ahli lembaga pengarah)	
2.	*Pelan Lantai-	
	(a) Pelan lantai baru yang menunjukkan cadangan susun atur klinik dengan skala 1:100 dan <i>fully loaded</i>	
	(b) Pelan lantai asal yang menunjukkan susun atur klinik terkini dengan skala 1:100	
3.	Salinan Lesen Tenaga Atom dan Lampiran A (jika menyediakan perkhidmatan x-ray) yang <i>valid & diperakui sah</i> (sekiranya <i>pelan lantai bagi penambahan bilik x-ray telah diluluskan</i>)	
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 C/ G) asal	
	(b) 1 salinan (fotostat) Perakuan Pendaftaran Klinik (Borang C/ G)	
	(c) Lampiran kepada Borang C/ G (Lampiran COR) asal (sekiranya ada)	
	(d) 1 salinan (fotostat) Lampiran kepada Borang C/ G (Lampiran COR) (sekiranya ada)	
	(e) Salinan repot polis yang diperakui sah (sekiranya <u>COR asal</u> dan/ atau <u>Lampiran kepada COR asal</u> didapati hilang / tiada dalam simpanan)	
6.	Salinan Perakuan Kelayakan Dandang yang diperakui sah	

*Sekiranya pengubahsuaian melibatkan peluasan lot, sila kemukakan Permohonan Pindaan Alamat klinik bersama permohonan ini.

**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				