

SENARAI SEMAK PERMOHONAN PELUPUSAN PERAKUAN PENDAFTARAN (COR) [CERTIFICATE OF REGISTRATION (COR)] KLINIK PERGIGIAN SWASTA

Nama Klinik :

Alamat Klinik :

Nama Pemegang COR :

Orang Yang Diberi Kuasa(OYDK)
sekiranya pemegang COR adalah :
Pertubuhan Perbadanan

No. Tel :

Alamat Emel :

*semua perkara di atas wajib diisi

BIL.	PERKARA	TANDA (√) / (X)
1.	Borang E yang diisi lengkap, perlu ditandatangani oleh: (a) pemegang COR atau waris, sekiranya pemegang COR meninggal dunia [rujuk Senarai Semak Dokumen Pewaris]; atau (b) Orang yang diberi kuasa (OYDK) sekiranya pemegang COR adalah pertubuhan perbadanan	
2.	Surat daripada pemegang COR/ waris/ OYDK yang menyatakan -	
	(a) Sebab klinik ditutup;	
	(b) Alamat tempat penyimpanan rekod pesakit; dan	
	(c) Tarikh klinik ditutup	
3.	Surat kuasa asal OYDK bagi pihak pemegang COR (Perlu ditandatangani oleh ≥ 51% ahli lembaga pengarah)	
4.	(a) Fi pemprosesan dalam bentuk kiriman wang (money order) atau draf bank (bank draft) sahaja, (<i>wang tunai, cek persendirian</i> atau <i>cek syarikat</i> tidak diterima) dibayar atas nama KETUA SETIAUSAHA KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA bernilai RM300.00 • Sila tulis nama dan no. telefon pembayar di belakang bank draf	
	(a) 1 salinan (fotostat) kiriman wang/draf bank	
	(b) 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)	

*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				