

**SENARAI SEMAK PERMOHONAN BORANG 3 (LESEN BARU) PUSAT JAGAAN  
AMBULATORI SWASTA (PERTUBUHAN PERBADANAN)**

**Nama dan Alamat Premis** : \_\_\_\_\_  
**Nama & No. Tel Pemohon/Wakil** : \_\_\_\_\_  
**Mailing Address** : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

BIL.	PERKARA	ULASAN
1.	Salinan Borang 2 / Borang 10 <b>yang sah laku</b> (diperakui sah)	
2.	Borang 3 diisi lengkap (termasuk tarikh, tandatangan dan cop rasmi pertubuhan perbadanan)	
3.	<p>Fi pemprosesan dalam bentuk kiriman wang (<i>money order</i>) atau draf bank (<i>bank draft</i>) dibayar atas nama <b>Ketua Setiausaha Kementerian Kesihatan Malaysia</b> seperti berikut:            (RM1200 + RM5 per katil/ kerusi sandar/ kerusi dialisis/ katil dialisis/ kerusi PD/ katil PD/ kerusi pergigian/ kot/ seumpamanya)</p> <p>▪ <b>wang tunai atau cek persendirian <u>tidak</u> diterima)</b></p>	<p><b>Jika kiriman wang, sila kemukakan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salinan Kiriman Wang (<i>Customer Copy</i> asal – yang diterima di kaunter POS Malaysia Berhad)</li> <li>▪ 1 salinan tambahan (fotostat) daripada <i>Customer Copy</i> asal.</li> </ul> <p>- Tulis tangan pada salinan tersebut dengan perkataan: "<b>RUJUKAN CKAPS</b>"</p> <p>- Tulisan hendaklah jelas dan diletakkan di bahagian atas salinan.</p>
	<p><b>Jika draf bank:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sila tulis <b>nama</b> dan <b>no. telefon pembayar</b> di belakang bank draf</li> <li>▪ Sila kemukakan 1 salinan (fotostat) kiriman draf bank</li> </ul>	
4.	Slip Penghantaran Permohonan Berkaitan Pelesenan KPJKS yang lengkap diisi (rujuk <b>Lampiran</b> )	
5.	<u>Surat kuasa asal</u> (bagi Orang Yang Diberi Kuasa oleh pertubuhan perbadanan yang ditandatangani ≥ 51% ahli lembaga pengarah)	
6.	Salinan kad pengenalan (diperakui sah) bagi –	
	▪ Orang Yang Diberi Kuasa	
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab	
	▪ Setiap Ahli Lembaga Pengarah	
7.	Salinan <u>sijil kelayakan profesional</u> [sijil asas dan sijil kepakaran termasuk Sijil <i>National Specialist Register (NSR)</i> (jika berkaitan)] (diperakui sah) bagi –	
	▪ Orang Yang Diberi Kuasa	
	▪ Setiap Ahli Lembaga Pengarah	
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab	
	▪ Setiap Ketua Jabatan/Perkhidmatan ( <i>mengikut Jabatan/Perkhidmatan yang disediakan</i> )	
	▪ Setiap pakar ( <i>mengikut jenis disiplin/perkhidmatan yang disediakan</i> ) termasuk pakar <i>affiliated</i> /rujukan	
	▪ Setiap kakitangan profesional jagaan kesihatan ( <i>mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang disediakan</i> )	
8.	Salinan <u>sijil pendaftaran profesional</u> [pendaftaran penuh & perakuan amalan tahunan semasa (APC)] (diperakui sah) bagi –	
	▪ Orang Yang Diberi Kuasa	
	▪ Setiap Ahli Lembaga Pengarah	
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab	

**SENARAI SEMAK PERMOHONAN BORANG 3 (LESEN BARU) PUSAT JAGAAN AMBULATORI SWASTA (PERTUBUHAN PERBADANAN)**

BIL.	PERKARA	ULASAN
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Setiap keTua Jabatan/Perkhidmatan (<i>mengikut Jabatan/Perkhidmatan yang disediakan</i>)</li> <li>▪ Setiap pakar (<i>mengikut jenis disiplin/perkhidmatan yang disediakan</i>) termasuk pakar <i>affiliated</i>/rujukan</li> <li>▪ Setiap kakitangan profesional jagaan kesihatan (<i>mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang disediakan</i>)</li> </ul>	
9.	Surat akuan bersumpah <b>asal</b> (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan fraud atau ketidakjujuran atau bankrap yang belum dilepaskan) bagi – <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orang Yang Diberi Kuasa</li> <li>▪ Setiap Ahli Lembaga Pengarah</li> <li>▪ Orang Yang Bertanggungjawab</li> </ul>	
10.	Surat persetujuan/pengesahan individu berikut: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orang Yang Bertanggungjawab</li> <li>▪ Semua pakar rujuk (<i>affiliated</i>) seperti <i>affiliated nephrologist, affiliated anesthesiologist</i> dan sebagainya (<i>jika berkaitan</i>)</li> </ul>	
11.	<u>Dokumen konstituen</u> bagi pertubuhan perbadanan (diperakui sah) iaitu <i>Corporate Information, Akta Syarikat 2016</i> yang terkini ( <b>≥ 1 RMP</b> dalam senarai nama Ahli Lembaga Pengarah)	
12.	Butir-butir bagi setiap kakitangan: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Profesional (<i>mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang disediakan</i>)</li> <li>▪ Separa profesional (sertakan salinan kad pengenalan)</li> <li>▪ Daftar Lokum perlu disedia dan disenggarakan di premis yang berkenaan (<i>jika berkaitan</i>)</li> </ul>	
13.	Salinan Perakuan Bomba atau Surat Sokongan Pelesenan dari Bomba (diperakui sah)	
14.	Salinan Perakuan Siap dan Pematuhan Bangunan (CF/CCC) (diperakui sah)	
15.	Salinan Perakuan Layak Menggunakan (CF) Lif ( <i>jika berkaitan</i> ) (diperakui sah)	
16.	Salinan Perakuan Layak Menggunakan (CF) <i>autoclave</i> ( <i>jika berkaitan</i> ) (diperakui sah)	
17.	Salinan Lesen Tenaga Atom ( <i>bagi kemudahan radiologi dan pengimejan yang berkaitan</i> ) diperakui sah)	
18.	Salinan Perjanjian/Perkiraan Pembuangan Sisa Klinikal (diperakui sah)	
19.	Salinan Perjanjian Bekalan/Perkhidmatan Darah ( <i>jika outsource</i> ) (diperakui sah)	
20.	Salinan Perjanjian Pemindahan Bertulis ( <i>Transfer Agreement</i> ) dengan mana-mana hospital (selaras dengan keperluan subperaturan 344(3), P.U. (A) 138/2006) (diperakui sah)	
21.	Salinan Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Ambulan ( <i>jika outsource</i> ) (diperakui sah)	
22.	Salinan Sijil Pengendalian Makanan ( <i>jika berkaitan</i> ) (diperakui sah)	
23.	Salinan Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Dobi ( <i>jika outsource</i> ) (diperakui sah)	
24.	Salinan Perkiraan/Perjanjian Pencegahan Haiwan Perosak (diperakui sah)	
25.	Penyata kewangan (bagi pusat jagaan ambulatori swasta tersebut)	
26.	Salinan Dokumen kontrak/perkiraan dengan MCO ( <i>jika berkaitan</i> )	
27.	Dokumen-dokumen sokongan lain yang berkaitan ( <i>mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang dipohon atau disediakan</i> )	

Disemak oleh : \_\_\_\_\_  
Tindakan : Diterima/ Dipulangkan kepada: \_\_\_\_\_  
Tarikh : \_\_\_\_\_

\*PEMOHON HENDAKLAH ISI MAKLUMAT A HINGGA E DENGAN LENGKAP dan kemukakan bersama permohonan.

<b>SLIP PENGHANTARAN PERMOHONAN BERKAITAN PELESENAN KPJKS</b>							
<b>A. JENIS PREMIS</b> <small>(sila tandakan / di kotak yang berkaitan)</small>	HOSPITAL		HOSPITAL PSIKIATRI		BANK DARAH		
	PUSAT JAGAAN AMBULATORI (ACC)		RUMAH JAGAAN KEJURURAWATAN PSIKIATRI		RUMAH JAGAAN KEJURURAWATAN		
	PUSAT HEMODIALISIS		PUSAT KESIHATAN MENTAL MASYARAKAT				
	RUMAH BERSALIN		HOSPIS		GABUNGAN		
<b>B. MAKLUMAT PEMOHON</b>	<b>NAMA PREMIS</b>						
	<b>ALAMAT LOKASI PREMIS</b>						
	<b>ALAMAT SURAT MENYURAT</b> <small>(jika berlainan dengan alamat premis)</small>						
	<b>NO. PERAKUAN KELULUSAN ATAU LESEN</b> <small>(dimana berkaitan)</small>						
	<b>NO. TELEFON PEMOHON / PREMIS</b>						
	<b>E-MEL PEMOHON / PREMIS</b>						
<b>C. JENIS PERMOHONAN</b> <small>(sila tandakan / di kotak yang berkaitan)</small>	BORANG 1		BORANG 8		SALINAN PENDUA PERAKUAN KELULUSAN / LESEN		
	BORANG 3		BORANG 9		CARIAN CABUTAN		
	BORANG 5		PINDAAN		PENGELUARAN LESEN		
<b>D. BUTIRAN BAYARAN FI</b> <small>(sila tandakan / di kotak yang berkaitan)</small>	JENIS BAYARAN <small>(*tandakan / di kotak berkaitan)</small>		BANK DRAF		KIRIMAN WANG		
	SALINAN BANK DRAFT / KIRIMAN WANG DISERTAKAN <small>(*tandakan / di kotak berkaitan)</small>		YA		TIDAK		
	DIKELUARKAN OLEH				NILAI BAYARAN (RM)		
	NO. RUJUKAN BANK DRAF / KIRIMAN WANG				TARIKH DIKELUARKAN		
<b>E. TANDATANGAN &amp; COP PEMOHON / WAKIL</b>					<b>TARIKH</b>		
<b>F. UNTUK KEGUNAAN CKAPS SAHAJA</b> <small>(sila tandakan / di kotak yang berkaitan)</small>	Jenis bayaran (Bank Draf / Kiriman Wang sahaja diterima)			Bank Draft		Kiriman Wang	
	Bank Draft / Kiriman Wang <b>Asal</b> dikemukakan			Ya		Tidak	
	Salinan Bank Draft / Kiriman Wang dilampirkan bersama			Ya		Tidak	
	No. rujukan bayaran padan dengan salinan			Ya		Tidak	
	Nilai Bayaran (RM)						
	Nama PT						
	Tarikh Semakan						
	Tandatangan						