

**SENARAI SEMAK PERMOHONAN PINDAAN BUTIRAN KELULUSAN ATAU LESEN BAGI
PUSAT JAGAAN AMBULATORI SWASTA**

(PINDAAN NAMA PREMIS)

Nama dan Alamat Premis : _____
Nama & No. Tel Pemohon/Wakil : _____
Mailing Address : _____

BIL.	PERKARA	ULASAN
1.	Surat permohonan pindaan nama premis yang ditandatangani oleh pemohon atau Orang Yang Diberi Kuasa	
2.	Perakuan Kelulusan (Borang 2/ Borang 6/ Borang 10) atau Lesen (Borang 4/ Borang 7) asal yang sah laku (<i>jika telah dikeluarkan</i>)	
3.	Fi dalam bentuk kiriman wang atau draf bank bernilai RM300.00 dibayar atas nama Ketua Setiausaha Kementerian Kesihatan Malaysia	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wang tunai atau cek persendirian <u>tidak</u> diterima 	
	<p>Jika kiriman wang, sila kemukakan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Salinan Kiriman Wang (<i>Customer Copy</i> asal – yang diterima di kaunter POS Malaysia Berhad) ▪ 1 salinan tambahan (fotostat) daripada <i>Customer Copy</i> asal. <ul style="list-style-type: none"> - Tulis tangan pada salinan tersebut dengan perkataan: "RUJUKAN CKAPS" - Tulisan hendaklah jelas dan diletakkan di bahagian atas salinan. <p>Jika draf bank:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sila tulis nama dan no. telefon pembayar di belakang bank draf ▪ Sila kemukakan 1 salinan (fotostat) kiriman draf bank 	
4.	Slip Penghantaran Permohonan Berkaitan Pelesenan KPJKS yang lengkap diisi (rujuk Lampiran)	
5.	<u>Surat kuasa asal pemohon</u> [bagi Orang Yang Diberi Kuasa oleh pertubuhan perbadanan/perkongsian dan ditandatangani ≥ 51% Ahli Lembaga Pengarah/Ahli Perkongsian] (<i>Jika berkaitan</i>)	
6.	Dokumen-dokumen sokongan yang berkaitan bagi menyokong permohonan pindaan nama premis	

Disemak oleh : _____
Tindakan : Diterima/Dikembalikan kepada: _____
Tarikh : _____

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

SLIP PENGHANTARAN PERMOHONAN BERKAITAN PELESENAN KPJKS						
A. JENIS PREMIS <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. MAKLUMAT PEMOHON	NAMA PREMIS					
	ALAMAT LOKASI PREMIS					
	ALAMAT SURAT MENYURAT <small>(jika berlainan dengan alamat premis)</small>					
	NO. PERAKUAN KELULUSAN ATAU LESEN <small>(dimana berkaitan)</small>					
	NO. TELEFON PEMOHON / PREMIS					
	E-MEL PEMOHON / PREMIS					
C. JENIS PERMOHONAN <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	
D. BUTIRAN BAYARAN FI <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		
E. TANDATANGAN & COP PEMOHON / WAKIL					TARIKH	
F. UNTUK KEGUNAAN CKAPS SAHAJA <small>(sila tandakan / di kotak yang berkaitan)</small>	Jenis bayaran (Bank Draf / Kiriman Wang sahaja diterima)			Bank Draft		Kiriman Wang
	Bank Draft / Kiriman Wang Asal 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					