

SENARAI SEMAK BORANG 3 HOSPITAL SWASTA (PERTUBUHAN PERBADANAN) - BAHAGIAN 1

Nama dan Alamat Premis : _____

Nama & No. Tel Pemohon/Wakil : _____

Mailing Address : _____

BIL	PERKARA	ULASAN
1.	Salinan Borang 2 / Borang 10 yang sah laku (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 Ketua Setiausaha Kementerian Kesihatan Malaysia seperti berikut:</p> <p>[RM1500 + RM5 per katil/ kerusi sandar/ kerusi dialisis/ katil dialisis/ kerusi PD/ katil PD/ kerusi pergigian/ kot/ kot fototerapi (kecuali basinet)/ mesin dialisis mudah alih/ katil kot seumpamanya berdasarkan lesen terkini]</p> <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.	Surat kuasa asal (bagi Orang Yang Diberi Kuasa oleh pertubuhan perbadanan)	
6.	Salinan kad pengenalan (diperakui sah) bagi -	
	a) Orang Yang Diberi Kuasa	
	b) Orang Yang Bertanggungjawab	
	c) Setiap Ahli Lembaga Pengarah	
7.	Salinan <u>sijil kelayakan profesional</u> [sijil asas dan sijil kepakaran termasuk Sijil <i>National Specialist Register</i> (NSR) (jika berkaitan)] (diperakui sah) bagi -	
	a) Orang Yang Diberi Kuasa	
	b) Setiap Ahli Lembaga Pengarah	
	c) Orang Yang Bertanggungjawab	
	d) Setiap Ketua Jabatan/Perkhidmatan (<i>mengikut Jabatan/Perkhidmatan yang disediakan</i>)	
8.	Salinan <u>sijil pendaftaran profesional</u> [pendaftaran penuh & perakuan amalan tahunan semasa (APC) (jika berkaitan)] (diperakui sah) bagi -	
	a) Orang Yang Diberi Kuasa	
	b) Setiap Ahli Lembaga Pengarah	
	c) Orang Yang Bertanggungjawab	
	d) Setiap Ketua Jabatan/Perkhidmatan (<i>mengikut Jabatan/Perkhidmatan yang disediakan</i>)	

SENARAI SEMAK BORANG 3 HOSPITAL SWASTA (PERTUBUHAN PERBADANAN) - BAHAGIAN 1

BIL	PERKARA	ULASAN
9.	Surat akuan bersumpah asal (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan fraud atau ketidakjujuran atau bankrap yang belum dilepaskan) bagi -	
	a) Orang Yang Diberi Kuasa	
	b) Setiap Ahli Lembaga Pengarah	
	c) Orang Yang Bertanggungjawab	
10.	Surat persetujuan/pengesahan individu berikut:	
	a) Orang Yang Bertanggungjawab	
	b) Semua pakar rujuk (<i>affiliated</i>) seperti <i>affiliated nephrologist</i> , <i>affiliated anaesthesiologist</i> dan sebagainya (jika berkaitan)	
11.	Dokumen mengesahkan status organisasi yang tidak mencari keuntungan (<i>not for profit</i>) (<i>jika berkaitan</i>)	
12.	<u>Dokumen konstituen</u> bagi pertubuhan perbadanan (diperakui sah) iaitu <i>Corporate Information</i> , Akta Syarikat 2016 yang terkini (≥1 RMP dalam senarai nama Ahli Lembaga Pengarah)	
13.	Salinan Perakuan Siap dan Pematuhan Bangunan [CF/CCC (Borang F)] (diperakui sah) Nota: Tidak perlu mengemukakan CF Lif dan Surat Sokongan Pelesenan Bomba kerana telah termasuk dalam CF/CCC (Borang F)	
14.	Salinan Lesen Tenaga Atom (menstor/mengguna) dari Bahagian Kawalselia Radiasi Perubatan (BKRP) (<i>jika berkaitan</i>) (diperakui sah)	
15.	Salinan Perakuan Layak Menggunakan (CF) <i>autoclave</i> dari Jabatan Keselamatan Dan Kesihatan Pekerjaan (JKKP) (<i>jika berkaitan</i>) (diperakui sah)	
16.	Penyata Kewangan (bagi hospital tersebut)	

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

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

SLIP PENGHANTARAN PERMOHONAN BERKAITAN PELESENAN KPJKS						
A. JENIS PREMIS (sila tandakan / di kotak yang berkaitan)	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 (jika berlainan dengan alamat premis)					
	NO. PERAKUAN KELULUSAN ATAU LESEN (dimana berkaitan)					
	NO. TELEFON PEMOHON / PREMIS					
	E-MEL PEMOHON / PREMIS					
C. JENIS PERMOHONAN (sila tandakan / di kotak yang berkaitan)	BORANG 1		BORANG 8		SALINAN PENDUA PERAKUAN KELULUSAN / LESEN	
	BORANG 3		BORANG 9		CARIAN CABUTAN	
	BORANG 5		PINDAAN		PENGELUARAN LESEN	
D. BUTIRAN BAYARAN FI (sila tandakan / di kotak yang berkaitan)	JENIS BAYARAN (*tandakan / di kotak berkaitan)		BANK DRAF		KIRIMAN WANG	
	SALINAN BANK DRAFT / KIRIMAN WANG DISERTAKAN (*tandakan / di kotak berkaitan)		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 (sila tandakan / di kotak yang berkaitan)	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					