

SENARAI SEMAK BORANG 3 HOSPITAL SWASTA (TUAN PUNYA TUNGGAL) - BAHAGIAN 2

Nama dan Alamat Premis : _____

Nama & No. Tel Pemohon/Wakil : _____

Mailing Address : _____

BIL	PERKARA	ULASAN
1.	Salinan Surat " <i>Clearance Letter of Compliance</i> " bagi kelulusan <i>Site Inspection</i> (yang sah laku) (diperakui sah)	
2.	Salinan <u>sijil kelayakan profesional</u> [sijil asas dan sijil kepakaran termasuk Sijil <i>National Specialist Register (NSR)</i>] (diperakui sah) bagi -	
	a) Setiap pakar (<i>mengikut jenis disiplin / perkhidmatan yang disediakan</i>) termasuk pakar <i>affiliated</i> /rujukan	
	b) Setiap kakitangan profesional jagaan kesihatan (<i>mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang disediakan</i>)	
3.	Salinan <u>sijil pendaftaran profesional</u> [pendaftaran penuh & perakuan amalan tahunan semasa (APC)] (diperakui sah) bagi -	
	a) Setiap pakar (<i>mengikut jenis disiplin/perkhidmatan yang disediakan</i>) termasuk pakar <i>affiliated</i> /rujukan	
	b) Setiap kakitangan profesional jagaan kesihatan (<i>mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang disediakan</i>)	
4.	Butir-butir bagi setiap kakitangan:	
	a) Profesional (<i>mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang disediakan</i>)	
	b) Separa profesional (sertakan salinan kad pengenalan)	
	c) Daftar Lokum perlu disedia dan disenggarakan di premis yang berkenaan (<i>jika berkaitan</i>)	
5.	Salinan Lesen Tenaga Atom (<i>bagi kemudahan radiologi dan pengimejan yang berkaitan</i>) (diperakui sah)	
6.	Salinan Perjanjian/Perkiraan Pembuangan Sisa Klinikal (diperakui sah)	
7.	Salinan Perjanjian Bekalan/Perkhidmatan Darah (<i>jika outsource</i>) (diperakui sah)	
8.	Salinan Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Ambulans (<i>jika outsource</i>) (diperakui sah)	
9.	Salinan Sijil Pengendalian Makanan (<i>jika berkaitan</i>) (diperakui sah)	
10.	Salinan Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Dobi (<i>jika outsource</i>) (diperakui sah)	
11.	Salinan Perkiraan/Perjanjian Pencegahan Haiwan Perosak (diperakui sah)	
12.	Salinan Perkiraan/Perjanjian Perkhidmatan Makmal (sekiranya <i>outsource</i>) (diperakui sah)	
13.	Dokumen kontrak/perkiraan dengan MCO (<i>jika berkaitan</i>) (diperakui sah)	
14.	Dokumen-dokumen sokongan lain yang berkaitan (<i>mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang dipohon atau disediakan</i>)	

Disemak oleh : _____

Tindakan : Diterima / Dipulang 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						