

**SENARAI SEMAK PERMOHONAN PINDAAN BUTIRAN KELULUSAN ATAU LESEN
PUSAT KESIHATAN MENTAL MASYARAKAT SWASTA**

(PINDAAN ALAMAT PREMIS)

Nama dan Alamat Premis :

Nama & No. Tel Pemohon/Wakil :

Mailing Address :

BIL	PERKARA	ULASAN
1.	Surat permohonan untuk pindaan alamat premis yang ditandatangani oleh pemohon atau Orang Yang Diberi Kuasa	
2.	Lesen (Borang 4 / Borang 7) asal yang sah laku	
3.	<p>Fi dalam bentuk kiriman wang (<i>money order</i>) atau draf bank (<i>bank draft</i>) bernilai RM300.00 dibayar atas nama</p> <p>Ketua Setiausaha Kementerian Kesihatan Malaysia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ wang tunai atau cek persendirian tidak diterima <p>Jika kiriman wang, sila kemukakan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Salinan Kiriman Wang (Customer Copy asal – yang diterima di kaunter POS Malaysia Berhad) ▪ 1 salinan tambahan (fotostat) daripada Customer Copy 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 Perlesenan KPJKS yang lengkap diisi (rujuk Lampiran)	
5.	Surat kuasa asal pemohon (bagi orang yang diberi kuasa oleh pertubuhan perbadanan/ perkongsiandan ditandatangani ≥51% Ahli Lembaga Pengarah/Ahli Perkongsian) (<i>Jika berkaitan</i>)	
6.	Dokumen-dokumen sokongan yang berkaitan bagi menyokong permohonan pindaan alamat premis	

Disemak oleh :

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						