

**SENARAI SEMAK BORANG 3 PUSAT JAGAAN AMBULATORI SWASTA
(PERKONGSIAN)**

Nama dan Alamat Premis : _____

Nama & No. Tel Pemohon/Wakil : _____

Mailing Address : _____

(i)	Salinan Borang 2 / Borang 10 yang sah laku (diperakui sah)	
(ii)	Borang 3 diisi lengkap (termasuk tarikh, tandatangan dan cop orang yang diberi kuasa)	
(iii)	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: (RM1200 + RM5 per katil/kerusi sandar/kerusi dialisis/kot/seumpama dengannya) (wang tunai atau cek persendirian <u>tidak</u> diterima)	
(iv)	<u>Surat kuasa asal</u> (bagi orang yang diberi kuasa oleh perkongsian dan perlu ditandatangani $\geq 51\%$ ahli perkongsian)	
(v)	Salinan kad pengenalan (diperakui sah)	
	▪ Orang yang diberi kuasa	
	▪ Orang yang bertanggungjawab	
(vi)	Salinan <u>sijil kelayakan profesional</u> [sijil asas dan sijil kepakaran termasuk Sijil <i>National Specialist Register (NSR)</i> / Surat pewartaan daripada KKM / Hospital Universiti (jika berkaitan)] (diperakui sah) bagi-	
	▪ Orang yang diberi kuasa	
	▪ Setiap ahli Perkongsian	
	▪ 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>)	
(vii)	Salinan <u>sijil pendaftaran profesional</u> [pendaftaran penuh & perakuan amalan tahunan semasa (APC)] (diperakui sah) bagi –	
	▪ Orang yang diberi kuasa	
	▪ Setiap ahli Perkongsian	
	▪ 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>)	
(viii)	<u>Surat akuan bersumpah</u> asal (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan fraud atau ketidakjujuran atau bankrup yang belum dilepaskan) bagi –	
	▪ Orang yang diberi kuasa	

**SENARAI SEMAK BORANG 3 PUSAT JAGAAN AMBULATORI SWASTA
(PERKONGSIAN)**

	▪ Setiap ahli Perkongsian	
	▪ Orang yang bertanggungjawab	
(ix)	Surat persetujuan/pengehasan individu berikut:	
	▪ Orang yang bertanggungjawab	
	▪ Semua pakar rujuk (<i>affiliated</i>) seperti <i>affiliated nephrologist, affiliated anesthesiologist</i> dan sebagainya (<i>jika berkaitan</i>)	
(x)	<u>Dokumen konstituen</u> bagi perkongsian (diperakui sah)	
	▪ Surat pengehasan perkongsian yang ditandatangani oleh semua pekongsi (SSM tidak mendaftarkan perkongsian)	
	▪ Perjanjian perkongsian (jika ada)	
(xi)	Butir-butir bagi setiap kakitangan:	
	▪ Profesional (<i>mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang disediakan</i>)	
	▪ Separa profesional (sertakan salinan kad pengenalan)	
	▪ Daftar Locum perlu disedia dan disenggarakan di premis yang berkenaan (<i>jika berkaitan</i>)	
(xii)	Perakuan Bomba atau Surat Sokongan Pelesenan dari Bomba	
(xiii)	Perakuan Siap dan Pematuhan Bangunan (CF/CCC)	
(xiv)	Perakuan Layak Menggunakan (CF) Lif (<i>jika berkaitan</i>)	
(xv)	Perakuan Layak Menggunakan (CF) <i>autoclave</i> (<i>jika berkaitan</i>)	
(xvi)	Lesen Tenaga Atom (<i>bagi kemudahan radiologi dan pengimejan yang berkaitan</i>)	
(xvii)	Perjanjian/Perkiraan Pembuangan Sisa Klinikal	
(xviii)	Perjanjian Bekalan/Perkhidmatan Darah (<i>jika outsource</i>)	
(xix)	Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Ambulan (<i>jika outsource</i>)	
(xx)	Sijil Pengendalian Makanan (<i>jika berkaitan</i>)	
(xxi)	Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Dobi (<i>jika outsource</i>)	
(xxii)	Perkiraan/Perjanjian Pencegahan Haiwan Perosak	
(xxiii)	Penyata kewangan (bagi pusat jagaan ambulatori swasta tersebut)	
(xxiv)	Dokumen kontrak/perkiraan dengan MCO (<i>jika berkaitan</i>)	
(xxv)	Dokumen-dokumen sokongan lain yang berkaitan (<i>mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang dipohon atau disediakan</i>)	

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