

**SENARAI SEMAK BORANG 5 PUSAT JAGAAN AMBULATORI SWASTA
(PERTUBUHAN PERBADANAN/PERKONGSIAN)**

Nama dan Alamat Premis : _____

Nama & No. Tel Pemohon/Wakil : _____

Mailing Address : _____

(i)	Salinan Borang 4 / Borang 7 yang sah laku (diperakui sah)	
(ii)	Borang 5 diisi lengkap (termasuk tarikh, tandatangan dan cop orang yang diberi kuasa)	
(iii)	Fi pemprosesan RM1000 dalam bentuk kiriman wang (<i>money order</i>) atau draf bank (<i>bank draft</i>) dibayar atas nama Ketua Setiausaha Kementerian Kesihatan Malaysia (<i>wang tunai atau cek persendirian tidak diterima</i>)	
(iv)	<u>Surat kuasa asal</u> (bagi orang yang diberi kuasa oleh pertubuhan perbadanan/perkongsian ditandatangani $\geq 51\%$ ahli lembaga pengarah/ahli perkongsian)	
(v)	Salinan kad pengenalan orang yang diberi kuasa (diperakui sah)	
(vi)	Butir-butir peluasan/pengubahan	
(vii)	Cadangan komprehensif mengenai pengambilan tenaga kerja (selaras dengan peluasan)	
(viii)	Pelan lantai arkitek (<i>fully loaded</i>) sebelum peluasan skala 1:100	
(ix)	Pelan lantai arkitek (<i>fully loaded</i>) cadangan peluasan skala 1:100 (2 set berserta <i>legend</i> yang lengkap)	
(x)	Pelan lantai mekanikal & elektrik skala 1:100 (1 set berserta <i>legend</i> yang lengkap)	
(xi)	Penyata kewangan (anggaran kos perbelanjaan bagi peluasan tersebut)	

Disemak oleh : _____

Tindakan : Diterima / Dipulangkan kepada: _____

Tarikh : _____