

**SENARAI SEMAK DOKUMEN BORANG 3 (PEMBAHARUAN LESEN) BAGI  
PUSAT JAGAAN AMBULATORI SWASTA (PERKONGSIAN)**

**Nama dan Alamat Premis** :

**Nama & No. Tel Pemohon/Wakil** :

**Mailing Address** :

(i)	Borang 3 diisi <b>lengkap</b> (termasuk tarikh, tandatangan dan cop orang yang diberi kuasa)	
(ii)	Fi pemprosesan dalam bentuk kiriman wang ( <i>money order</i> ) atau draf bank ( <i>bank draft</i> ) dibayar atas nama <b>Pengarah Kesihatan Negeri atau Ketua Akauntan Kementerian Kesihatan Malaysia bagi WP Kuala Lumpur</b> (di mana KPJKS tersebut dijalankan). [RM1200 + RM5 per katil/kerusi sandar/kerusi dialisis/kerusi pergigian/kot ( <b>kecuali basinet</b> ) berdasarkan lesen terkini] <b>(wang tunai atau cek persendirian <u>tidak</u> diterima)</b>	
(iii)	<u>Surat kuasa asal</u> (bagi orang yang diberi kuasa oleh 51% ahli perkongsian)	
(iv)	Salinan kad pengenalan <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orang yang diberi kuasa</li> <li>▪ Orang yang bertanggungjawab</li> </ul>	
(v)	Surat akuan bersumpah asal (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan fraud atau ketidakjujuran atau bankrup yang belum dilepaskan) bagi- <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orang yang diberi kuasa</li> <li>▪ Setiap ahli perkongsian</li> <li>▪ Orang yang bertanggungjawab</li> </ul>	
(vi)	Salinan <u>sijil kelayakan profesional</u> hanya bagi individu dan/atau perkhidmatan yang baru [sijil asas, pendaftaran penuh, perakuan amalan tahunan semasa (APC) dan sijil kepakaran termasuk Sijil <i>National Specialist Register (NSR)</i> (jika berkaitan)] <b>(disenaraikan mengikut Lampiran A &amp; B)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orang yang diberi kuasa (sekiranya RMP)</li> <li>▪ Setiap ahli perkongsian (sekiranya RMP)</li> <li>▪ Orang yang bertanggungjawab</li> <li>▪ Setiap pakar (<i>mengikut jenis disiplin/perkhidmatan yang disediakan</i>) termasuk pakar <i>affiliated</i>/rujukan</li> </ul>	
(vii)	Butir-butir bagi pengamal perubatan <b>(disenaraikan mengikut Lampiran B)</b>	
(viii)	Butir-butir bagi profesional lain dan anggota kejururawatan <b>(disenaraikan mengikut Lampiran C)</b>	
(ix)	Surat persetujuan/pengesahan individu berikut: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orang yang bertanggungjawab</li> <li>▪ Semua pakar rujuk (<i>affiliated</i>) seperti <i>affiliated nephrologist</i>, <i>affiliated anesthesiologist</i> dan sebagainya (<i>jika berkaitan</i>)</li> </ul>	
(x)	<u>Dokumen konstituen</u> bagi perkongsian: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Surat pengesahan perkongsian yang ditandatangani oleh semua pekongsi (SSM tidak mendaftarkan perkongsian)</li> <li>▪ Perjanjian perkongsian (<i>jika ada</i>)</li> </ul>	

**SENARAI SEMAK DOKUMEN BORANG 3 (PEMBAHARUAN LESEN) BAGI  
PUSAT JAGAAN AMBULATORI SWASTA (PERKONGSIAN)**

(xi)	Perakuan Bomba atau Surat Sokongan Pelesenan dari Bomba (yang sah laku)	
(xii)	Perakuan Siap dan Pematuhan Bangunan (CF/CCC) atau setaraf dengannya	
(xiii)	Perakuan Layak Menggunakan (CF) Lif ( <i>jika berkaitan</i> ) (yang sah laku)	
(xiv)	Perakuan Layak Menggunakan (CF) <i>autoclave</i> ( <i>jika berkaitan</i> ) (yang sah laku)	
(xv)	Lesen Tenaga Atom ( <i>bagi kemudahan radiologi dan pengimejan yang berkaitan</i> ) (yang sah laku)	
(xvi)	Perjanjian/Perkiraan Pembuangan Sisa Klinikal (yang sah laku)	
(xvii)	Perjanjian Bekalan/Perkhidmatan Darah ( <b>outsourced/in house</b> ) (yang sah laku)	
(xviii)	Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Ambulan ( <b>outsourced/in house</b> ) (yang sah laku)	
(xix)	Sijil Pengendalian Makanan ( <i>jika berkaitan</i> )	
(xx)	Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Dobi ( <b>outsourced/in house</b> ) (yang sah laku)	
(xxi)	Perkiraan/Perjanjian Pencegahan Haiwan Perosak (yang sah laku)	
(xxii)	Senarai MCO	
(xxiii)	Penyata kewangan terkini	

Disemak oleh : \_\_\_\_\_  
Tindakan : Diterima / Dipulangkan kepada: \_\_\_\_\_  
Tarikh : \_\_\_\_\_

\* Setiap senarai dan dokumen sokongan yang dikemukakan perlu diperakui sah kecuali surat kuasa & surat akuan sumpah perlu dikemukakan salinan asal

Lampiran A

**DOKUMEN-DOKUMEN SOKONGAN LAIN BAGI PROSES PEMBAHARUAN LESEN KPJKS**

NO.	NAMA	NOMBOR KAD PENGENALAN	KELAYAKAN PROFESIONAL (IJAZAH ASAS & KEPAKARAN TERMASUK NSR)	NOMBOR PERAKUAN PENDAFTARAN PENUH	NOMBOR APC TERKINI	* NOMBOR NSR
<b>ORANG YANG DIBERI KUASA</b>						
<b>ORANG YANG BERTANGGUNGJAWAB (OYB)</b>						
<b>AHLI LEMBAGA PENGARAH/PERTUBUHAN/PERTUBUHAN PERBADANAN/PERKONGSIAN</b>						

\*Sekiranya tiada NSR, RMP perlu mengemukakan surat pewartaan dari KKM/Hospital Universiti

Saya, ..... dengan ini mengakui bahawa maklumat dan kenyataan yang saya berikan adalah benar dan saya mengaku janji untuk mematuhi semua peruntukan Akta Kemudahan dan Perkhidmatan Jagaan Kesihatan Swasta 1998, peraturan-peraturan dan garis panduannya. Mengikut Subseksyen 44 (a), pihak KKM berhak menggantung lesen premis ini sekiranya kenyataan-kenyataan yang saya berikan adalah palsu dan mengelirukan.

Disahkan oleh :

.....  
(Tandatangan Orang Yang Diberi Kuasa)

.....  
(Tandatangan OYB)

.....  
(No. Kad Pengenalan)

.....  
(Nama & No. Kad Pengenalan)

.....  
(Tarikh & Cop)

.....  
(Tarikh & Cop)

Disemak oleh UKAPS :

Nama :  
Tindakan : Diterima/Dipulangkan kepada  
Tarikh :



BIL	JENIS PERKHIDMATAN	NAMA	NO. K/P	KELAYAKAN PROFESIONAL	NO. PERAKUAN PENDAFTARAN PENUH	NO. APC TERKINI	*NO. NSR	SURAT KEBENARAN HOD
		<b>PENGAMAL PERUBATAN TETAP (BARU)</b>						
								TB
								TB
		<b>PENGAMAL PERUBATAN PELAWAT (SEDIA ADA)</b>						
		<b>PENGAMAL PERUBATAN PELAWAT (BARU)</b>						

\*Sekiranya tiada NSR, RMP perlu mengemukakan surat pewartaan dari KKM/Hospital Universiti

Saya, ..... dengan ini mengakui bahawa maklumat dan kenyataan yang saya berikan adalah benar dan saya mengaku janji untuk mematuhi semua peruntukan Akta Kemudahan dan Perkhidmatan Jagaan Kesihatan Swasta 1998, peraturan-peraturan dan garis panduannya. Mengikut Subseksyen 44 (a), pihak KKM berhak menggantung lesen premis ini sekiranya kenyataan-kenyataan yang saya berikan adalah palsu dan mengelirukan.

Disahkan oleh :

.....  
(Tandatangan Orang Yang Diberi Kuasa)

.....  
(Tandatangan OYB)

.....  
(Nama & No. Kad Pengenalan)

.....  
(Nama & No. Kad Pengenalan)

.....  
(Tarikh & Cop)

.....  
(Tarikh & Cop)

Disemak oleh UKAPS/CKAPS :

Nama :  
Tindakan : Diterima/Dipulangkan kepada  
Tarikh :

Lampiran C

**DOKUMEN-DOKUMEN SOKONGAN PROFESIONAL LAIN DAN ANGGOTA KEJURURAWATAN BAGI PROSES PEMBAHARUAN LESEN KPJKS**

BIL	JENIS PERKHIDMATAN	NAMA	NO. K/P	KELAYAKAN PROFESIONAL	KELAYAKAN POS BASIK	NO. APC/TPC TERKINI
<b>PROFESIONAL JAGAAN KESIHATAN LAIN (AHLI FARMASI/JURUPULIH ANGGOTA/JURU X-RAY/DIETETIK/PEGAWAI TEKNOLOGI MAKMAL DLL) SEDIA ADA</b>						
<b>PROFESIONAL JAGAAN KESIHATAN LAIN (AHLI FARMASI/JURUPULIH ANGGOTA/JURU X-RAY/DIETETIK/PEGAWAI TEKNOLOGI MAKMAL DLL) BARU</b>						
<b>JURURAWAT TERLATIH/PENOLONG PEGAWAI PERUBATAN SEDIA ADA</b>						
<b>JURURAWAT TERLATIH/PENOLONG PEGAWAI PERUBATAN BARU</b>						
<b>JURURAWAT ASING SEDIA ADA</b>						
<b>JURURAWAT ASING BARU</b>						
<b>JURURAWAT MASYARAKAT/PENOLONG JURURAWAT SEDIA ADA</b>						
<b>JURURAWAT MASYARAKAT/PENOLONG JURURAWAT BARU</b>						

BIL	JENIS PERKHIDMATAN	NAMA	NO. K/P	KELAYAKAN PROFESIONAL	KELAYAKAN POS BASIK	NO. APC/TPC TERKINI
<b>PARAPROFESIONAL/PEMBANTU JAGAAN PERIBADI SEDIA ADA</b>						
<b>PARAPROFESIONAL/PEMBANTU JAGAAN PERIBADI BARU</b>						

\*sila tulis "TB" sekiranya tidak berkaitan

Saya, ..... dengan ini mengakui bahawa maklumat dan kenyataan yang saya berikan adalah benar dan saya mengaku janji untuk mematuhi semua peruntukan Akta Kemudahan dan Perkhidmatan Jagaan Kesihatan Swasta 1998, peraturan-peraturan dan garis panduannya. Mengikut Subseksyen 44 (a), pihak KKM berhak menggantung lesen premis ini sekiranya kenyataan-kenyataan yang saya berikan adalah palsu dan mengelirukan.

Disahkan oleh :

.....  
(Tandatangan Orang Yang Diberi Kuasa)

.....  
(Tandatangan OYB)

.....  
(No. Kad Pengenalan)

.....  
(No. Kad Pengenalan)

.....  
(Tarikh & Cop)

.....  
(Tarikh & Cop)

Disemak oleh UKAPS :

Nama :  
Tindakan : Diterima/Dipulangkan kepada  
Tarikh :