

**SENARAI SEMAK PERMOHONAN PINDAAN BUTIRAN KELULUSAN ATAU LESEN BAGI
PUSAT JAGAAN AMBULATORI SWASTA**

(PINDAAN ALAMAT PREMIS)

Nama & Alamat Premis : _____

Nama & No.Telefon Pemohon/Wakil : _____

Mailing Address : _____

(i)	Surat permohonan untuk pindaan alamat premis yang ditandatangani oleh pemohon atau orang yang diberi kuasa	
(ii)	Lesen (Borang 4 / Borang 7) asal yang sah laku	
(iii)	Fi dalam bentuk kiriman wang (<i>money order</i>) atau draf bank (<i>bank draft</i>) bernilai RM300.00 dibayar atas nama Ketua Setiausaha Kementerian Kesihatan Malaysia (wang tunai atau cek persendirian tidak diterima)	
(iv)	<u>Surat kuasa ASAL pemohon</u> (bagi orang yang diberi kuasa oleh pertubuhan perbadanan/perkongsian/pertubuhan dan ditandatangani $\geq 51\%$ ahli lembaga pengarah/ahli perkongsian/pemegang jawatan pertubuhan)	
(v)	Dokumen-dokumen sokongan yang berkaitan bagi menyokong permohonan pindaan alamat premis	

Disemak oleh : _____

Tindakan : Diterima / dipulangkan kepada: _____

Tarikh : _____