

**SENARAI SEMAK PERMOHONAN PELUPUSAN (BORANG 9) KELULUSAN ATAU LESEN
BAGI PUSAT JAGAAN AMBULATORI SWASTA**

Nama & Alamat Premis : _____

Nama & No.Telefon Pemohon/Wakil : _____

Mailing Address : _____

(i)	Borang 9 diisi lengkap (termasuk tarikh, tandatangan dan cop pemohon)	
(ii)	Perakuan Kelulusan/Lesen ASAL berserta Lampiran (jika ada)	
(iii)	Fi dalam bentuk kiriman wang atau draf bank bernilai RM300.00 dibayar atas nama Ketua Setiausaha Kementerian Kesihatan Malaysia (<i>wang tunai atau cek persendirian <u>tidak diterima</u></i>)	
(iv)	Surat menyatakan sebab pelupusan dan tarikh pelupusan Perakuan Kelulusan/Lesen	
(v)	Surat kuasa ASAL (bagi pemohon yang diberi kuasa oleh ahli perkongsian/pertubuhan perbadanan sekurang-kurangnya ditandatangani $\geq 51\%$ ahli lembaga pengarah pertubuhan perbadanan/ahli perkongsian (<i>jika berkaitan</i>))	

Tarikh Terima : _____

Pegawai Proses : _____