

SENARAI SEMAK BORANG 3 HOSPITAL SWASTA (TUAN PUNYA TUNGGAL)

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 pemrosesan 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)	Salinan kad pengenalan (diperakui sah)	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemohon ▪ Orang yang bertanggungjawab 	
(v)	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-	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemohon ▪ 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>) 	
(vi)	Salinan <u>sijil pendaftaran profesional</u> [pendaftaran penuh & perakuan amalan tahunan semasa (APC)] (diperakui sah) bagi-	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemohon ▪ 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)	<u>Surat akuan bersumpah</u> asal (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan fraud atau ketidakjujuran atau bankrup yang belum dilepaskan) bagi-	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemohon ▪ Orang yang bertanggungjawab 	
(viii)	Surat persetujuan/pengesahan individu berikut:	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orang yang bertanggungjawab ▪ Semua pakar rujuk (<i>affiliated</i>) seperti <i>affiliated nephrologist</i>, <i>affiliated anesthesiologist</i> dan sebagainya (<i>jika berkaitan</i>) 	
(ix)	Dokumen mengesahkan status organisasi yang tidak mencari keuntungan (<i>not for profit</i>) (<i>jika</i>	

SENARAI SEMAK BORANG 3 HOSPITAL SWASTA (TUAN PUNYA TUNGGAL)

	<i>berkaitan)</i>	
(x)	Butir-butir bagi setiap kakitangan:	
	▪ Profesional (<i>mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang disediakan</i>)	
	▪ Separa profesional (sertakan salinan kad pengenalan)	
	▪ Daftar Locum perlu sedia dan disenggarakan di premis yang berkenaan (<i>jika berkaitan</i>)	
(xi)	Perakuan Bomba atau Surat Sokongan Pelesenan dari Bomba	
(xii)	Perakuan Siap dan Pematuhan Bangunan (CF/CCC)	
(xiii)	Perakuan Layak Menggunakan (CF) Lif (<i>jika berkaitan</i>)	
(xiv)	Perakuan Layak Menggunakan (CF) autoclave (<i>jika berkaitan</i>)	
(xv)	Lesen Tenaga Atom (<i>bagi kemudahan radiologi dan pengimejan yang berkaitan</i>)	
(xvi)	Perjanjian/Perkiraan Pembuangan Sisa Klinikal	
(xvii)	Perjanjian Bekalan/Perkhidmatan Darah (<i>jika outsource</i>)	
(xviii)	Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Ambulan (<i>jika outsource</i>)	
(xix)	Sijil Pengendalian Makanan (<i>jika berkaitan</i>)	
(xx)	Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Dobi (<i>jika outsource</i>)	
(xxi)	Perkiraan/Perjanjian Pencegahan Haiwan Perosak	
(xxii)	Penyata kewangan (bagi hospital tersebut)	
(xxiii)	Dokumen kontrak/perkiraan dengan MCO (<i>jika berkaitan</i>)	
(xxiv)	Dokumen-dokumen sokongan lain yang berkaitan (<i>mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang dipohon atau disediakan</i>)	

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