

**SENARAI SEMAK DOKUMEN BORANG 3 (PEMBAHARUAN LESEN)  
PUSAT HEMODIALISIS SWASTA (TUAN PUNYA TUNGGAL)**

NamaPremis :  
 Alamat :  
 No. Tel (Pemohon) :  
 No. Fail :

i.	Borang 3 lengkap (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>Ketua Setiausaha Kementerian Kesihatan Malaysia</b> seperti berikut:	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ RM700 + RM5 per kerusi dialisis (<b>wang tunai atau cek persendirian <u>tidak diterima</u></b>)</li> <li>▪ Fi denda lewat dikenakan bagi permohonan yang diterima oleh UKAPS &lt; 6 bulan dari tarikh luput lesen</li> </ul>	
iii.	Dokumen sokongan <b>yang diperakui sah</b> bagi Pemohon (Tuan Punya Tunggal)	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salinan kad pengenalan</li> <li>▪ Surat akuan sumpah <b>asal</b> (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan <i>fraud</i> atau ketidakjujuran atau <i>bankrup</i> yang belum dilepaskan)</li> </ul>	
iv.	Dokumen sokongan <b>yang diperakui sah</b> bagi Orang Yang Bertanggungjawab (OYB)	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Surat akuan sumpah <b>asal</b> (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan <i>fraud</i> atau ketidakjujuran atau <i>bankrup</i> yang belum dilepaskan)</li> <li>▪ Salinan Sijil tamat 200 jam latihan hemodialisis</li> <li>▪ Salinan Surat setuju lantikan sebagai OYB</li> <li>▪ Salinan Surat Kebenaran Ketua Jabatan (sekiranya OYB adalah pakar nefrologi hospital kerajaan/ hospital universiti/ hospital angkatan tentera/ pakar nefrologi tetap hospital swasta)</li> </ul>	
v.	Dokumen sokongan <b>yang diperakui sah</b> bagi <i>Affiliated Nephrologist</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Surat setuju lantikan sebagai <i>Affiliated Nephrologist</i></li> </ul>	
vi.	Dokumen sokongan <b>yang diperakui sah</b> bagi setiap staf (Jururawat Terlatih/Pembantu Perubatan)	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salinan Sijil pos basik renal</li> </ul>	
vii.	Salinan dokumen sokongan terkini <b>yang diperakui sah:</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perakuan Bomba atau Surat Sokongan Pelesenan dari Bomba</li> <li>▪ Sijil Siap dan Pematuhan Bangunan (CF/CCC)</li> <li>▪ Perjanjian/Perkiraan Pembuangan Sisa Klinikal</li> <li>▪ Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Ambulan</li> <li>▪ Penyata kewangan (bagi pusat hemodialisis tersebut)</li> <li>▪ Dokumen kontrak/perkiraan dengan MCO *</li> </ul>	
viii.	<b>Dokumen-dokumen sokongan lain adalah seperti di Lampiran A, B &amp; C</b>	

\*Jika berkaitan

Tarikh : \_\_\_\_\_  
 PegawaiPenerima : \_\_\_\_\_  
 Cadangan/Tindakan : \_\_\_\_\_

**SENARAI SEMAK DOKUMEN BORANG 3 (PEMBAHARUAN LESEN)  
PUSAT HEMODIALISIS SWASTA (PERKONGSIAN)**

NamaPremis :  
 Alamat :  
 No. Tel (Pemohon) :  
 No. Fail :

i.	Borang 3 lengkap (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>Ketua Setiausaha Kementerian Kesihatan Malaysia</b> seperti berikut:	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ RM700 + RM5 per kerusi dialisis (<b>wang tunai atau cek persendirian <u>tidak diterima</u></b>)</li> <li>▪ Fi denda lewat dikenakan bagi permohonan yang diterima oleh UKAPS &lt; 6 bulan dari tarikh luput lesen</li> </ul>	
iii.	Dokumen sokongan <b>yang diperakui sah</b> bagi Pemohon/Orang Yang Diberi Kuasa	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Surat kuasa (ditandatangani oleh semua atau sekurang-kurangnya 51% daripada semua Ahli Perkongsian)</li> <li>▪ Surat akuan sumpah <b>asal</b> (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan <i>fraud</i> atau ketidakjujuran atau <i>bankrup</i> yang belum dilepaskan)</li> </ul>	
iv.	Dokumen sokongan <b>yang diperakui sah</b> bagi setiap Ahli Perkongsian	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Surat akuan sumpah <b>asal</b> (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan <i>fraud</i> atau ketidakjujuran atau <i>bankrup</i> yang belum dilepaskan)</li> </ul>	
v.	Dokumen sokongan <b>yang diperakui sah</b> bagi Orang Yang Bertanggungjawab (OYB)	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Surat akuan sumpah <b>asal</b> (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan <i>fraud</i> atau ketidakjujuran atau <i>bankrup</i> yang belum dilepaskan)</li> <li>▪ Salinan Sijil tamat 200 jam latihan hemodialisis</li> <li>▪ Salinan Surat setuju lantikan sebagai OYB</li> <li>▪ Salinan Surat Kebenaran Ketua Jabatan (sekiranya OYB adalah pakar nefrologi hospital kerajaan/ hospital universiti/ hospital angkatan tentera/ pakar nefrologi tetap hospital swasta)</li> </ul>	
vi.	Dokumen sokongan <b>yang diperakui sah</b> bagi <i>Affiliated Nephrologist</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Surat setuju lantikan sebagai <i>Affiliated Nephrologist</i></li> </ul>	
vii.	Dokumen sokongan <b>yang diperakui sah</b> bagi setiap staf (Jururawat Terlatih/Pembantu Perubatan)	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salinan Sijil pos basik renal</li> </ul>	
viii.	Dokumen mengesahkan status organisasi yang tidak mencari keuntungan ( <i>not for profit</i> ) <b>yang diperakui sah*</b>	
ix.	Dokumen konstituen bagi perkongsian <b>yang lengkap dengan duti stem dari LHDN</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Surat pengesahan perkongsian yang ditandatangani oleh semua pekongsi</li> <li>▪ Perjanjian perkongsian (jika ada)</li> </ul>	
x.	Salinan dokumen sokongan terkini <b>yang diperakui sah:</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perakuan Bomba atau Surat Sokongan Pelesenan dari Bomba</li> <li>▪ Sijil Siap dan Pematuhan Bangunan (CF/CCC)</li> <li>▪ Perjanjian/Perkiraan Pembuangan Sisa Klinikal</li> <li>▪ Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Ambulan</li> <li>▪ Penyata kewangan (bagi pusat hemodialisis tersebut)</li> <li>▪ Dokumen kontrak/perkiraan dengan MCO *</li> </ul>	
xi.	<b>Dokumen-dokumen sokongan lain adalah seperti di Lampiran A, B &amp; C</b>	

\*Jika berkaitan

Tarikh : \_\_\_\_\_  
 PegawaiPenerima : \_\_\_\_\_  
 Cadangan/Tindakan : \_\_\_\_\_

**SENARAI SEMAK DOKUMEN BORANG 3 (PEMBAHARUAN LESEN)  
PUSAT HEMODIALISIS SWASTA (PERTUBUHAN)**

NamaPremis :  
 Alamat :  
 No. Tel (Pemohon) :  
 No. Fail :

i.	Borang 3 lengkap (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>Ketua Setiausaha Kementerian Kesihatan Malaysia</b> seperti berikut:	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ RM700 + RM5 per kerusi dialisis (<b>wang tunai atau cek persendirian <u>tidak diterima</u></b>)</li> <li>▪ Fi denda lewat dikenakan bagi permohonan yang diterima oleh UKAPS &lt; 6 bulan dari tarikh luput lesen</li> </ul>	
iii.	Dokumen sokongan <b>yang diperakui sah</b> bagi Pemohon/Orang Yang Diberi Kuasa	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Surat kuasa (ditandatangani oleh semua atau sekurang-kurangnya 51% daripada semua Ahli Jawatankuasa Tertinggi Pertubuhan)</li> <li>▪ Surat akuan sumpah <b>asal</b> (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan <i>fraud</i> atau ketidakjujuran atau <i>bankrup</i> yang belum dilepaskan)</li> </ul>	
iv.	Dokumen sokongan <b>yang diperakui sah</b> bagi setiap semua Ahli Jawatankuasa Tertinggi Pertubuhan	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Surat akuan sumpah <b>asal</b> (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan <i>fraud</i> atau ketidakjujuran atau <i>bankrup</i> yang belum dilepaskan)</li> </ul>	
v.	Dokumen sokongan <b>yang diperakui sah</b> bagi Orang Yang Bertanggungjawab (OYB)	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Surat akuan sumpah <b>asal</b> (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan <i>fraud</i> atau ketidakjujuran atau <i>bankrup</i> yang belum dilepaskan)</li> <li>▪ Salinan Sijil tamat 200 jam latihan hemodialisis</li> <li>▪ Salinan Surat setuju lantikan sebagai OYB</li> <li>▪ Salinan Surat Kebenaran Ketua Jabatan (sekiranya OYB adalah pakar nefrologi hospital kerajaan/ hospital universiti/ hospital angkatan tentera/ pakar nefrologi tetap hospital swasta)</li> </ul>	
vi.	Dokumen sokongan <b>yang diperakui sah</b> bagi <i>Affiliated Nephrologist</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Surat setuju lantikan sebagai <i>Affiliated Nephrologist</i></li> </ul>	
vii.	Dokumen sokongan <b>yang diperakui sah</b> bagi setiap staf (Jururawat Terlatih/Pembantu Perubatan)	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salinan Sijil pos basik renal</li> </ul>	
viii.	Dokumen mengesahkan status organisasi yang tidak mencari keuntungan ( <i>not for profit</i> ) <b>yang diperakui sah*</b>	
ix.	Dokumen konstituen bagi pertubuhan <b>yang diperakui sah</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Borang 3, Akta Pertubuhan 1966</li> <li>▪ Senarai jawatan ahli Pertubuhan</li> <li>▪ Undang-undang kecil Pertubuhan</li> </ul>	
x.	Salinan dokumen sokongan terkini <b>yang diperakui sah:</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perakuan Bomba atau Surat Sokongan Pelesenan dari Bomba</li> <li>▪ Sijil Siap dan Pematuhan Bangunan (CF/CCC)</li> <li>▪ Perjanjian/Perkiraan Pembuangan Sisa Klinikal</li> <li>▪ Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Ambulan</li> <li>▪ Penyata kewangan (bagi pusat hemodialisis tersebut)</li> <li>▪ Dokumen kontrak/perkiraan dengan MCO *</li> </ul>	
xi.	<b>Dokumen-dokumen sokongan lain adalah seperti di Lampiran A, B &amp; C</b>	

\*Jika berkaitan

Tarikh : \_\_\_\_\_  
 PegawaiPenerima : \_\_\_\_\_  
 Cadangan/Tindakan : \_\_\_\_\_

**SENARAI SEMAK DOKUMEN BORANG 3 (PEMBAHARUAN LESEN)  
PUSAT HEMODIALISIS SWASTA (PERTUBUHAN PERBADANAN)**

Nama Premis :  
Alamat :

No. Tel :  
(Pemohon)

No. Fail :

i.	Borang 3 lengkap (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>Ketua Setiausaha Kementerian Kesihatan Malaysia</b> seperti berikut:	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ RM700 + RM5 per kerusi dialisis (<b>wang tunai atau cek persendirian <u>tidak diterima</u></b>)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fi denda lewat dikenakan bagi permohonan yang diterima oleh UKAPS &lt; 6 bulan dari tarikh luput lesen</li> </ul>	
iii.	Dokumen sokongan <b>yang diperakui sah</b> bagi Pemohon/Orang Yang Diberi Kuasa	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Surat kuasa (ditandatangani oleh semua atau sekurang-kurangnya 51% daripada semua Ahli Lembaga Pengarah)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Surat akuan sumpah <b>asal</b> (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan <i>fraud</i> atau ketidakjujuran atau <i>bankrup</i> yang belum dilepaskan)</li> </ul>	
iv.	Dokumen sokongan <b>yang diperakui sah</b> bagi setiap Ahli Lembaga Pengarah	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Surat akuan sumpah <b>asal</b> (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan <i>fraud</i> atau ketidakjujuran atau <i>bankrup</i> yang belum dilepaskan)</li> </ul>	
v.	Dokumen sokongan <b>yang diperakui sah</b> bagi Orang Yang Bertanggungjawab (OYB)	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Surat akuan sumpah <b>asal</b> (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan <i>fraud</i> atau ketidakjujuran atau <i>bankrup</i> yang belum dilepaskan)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salinan Sijil tamat 200 jam latihan hemodialisis</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salinan Surat setuju lantikan sebagai OYB</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salinan Surat Kebenaran Ketua Jabatan (sekiranya OYB adalah pakar nefrologi hospital kerajaan/ hospital universiti/ hospital angkatan tentera/ pakar nefrologi tetap hospital swasta)</li> </ul>	
vi.	Dokumen sokongan <b>yang diperakui sah</b> bagi <i>Affiliated Nephrologist</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Surat setuju lantikan sebagai <i>Affiliated Nephrologist</i></li> </ul>	
vii.	Dokumen sokongan <b>yang diperakui sah</b> bagi setiap staf (Jururawat Terlatih/Pembantu Perubatan)	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salinan Sijil pos basik renal</li> </ul>	
viii.	Dokumen mengesahkan status organisasi yang tidak mencari keuntungan ( <i>not for profit</i> ) <b>yang diperakui sah*</b>	
ix.	Dokumen konstituen bagi pertubuhan perbadanan <b>yang diperakui sah</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Borang 8 atau 9, Akta Syarikat 1965 (<i>Perakuan Pemeberbadanan Syarikat Sendirian – Perakuan Pendaftaran dengan Suruhanjaya Syarikat Malaysia (SSM)</i>)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Borang 24, Akta Syarikat 1965 (<i>Penyata Kewangan Syarikat</i>)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Senarai individu beserta pegangan saham dalam syarikat</b></li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Borang 44, Akta Syarikat 1965 (<i>Alamat Syarikat</i>)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Borang 49, Akta Syarikat 1965 (<i>Nama Ahli Lembaga Pengarah</i>)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Memorandum and Articles of Association</i> pertubuhan perbadanan tersebut</li> </ul>	
x.	Salinan dokumen sokongan terkini <b>yang diperakui sah:</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perakuan Bomba atau Surat Sokongan Pelesenan dari Bomba</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sijil Siap dan Pematuhan Bangunan (CF/CCC)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perjanjian/Perkiraan Pembuangan Sisa Klinikal</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Ambulan</li> </ul>	

	▪ Penyata kewangan (bagi pusat hemodialisis tersebut)	
	▪ Dokumen kontrak/perkiraan dengan MCO *	
xi.	<b>Dokumen-dokumen sokongan lain adalah seperti di Lampiran A, B &amp; C</b>	

\*Jikaberkaitan

Tarikh : \_\_\_\_\_  
PegawaiPenerima : \_\_\_\_\_  
Cadangan/Tindakan : \_\_\_\_\_

Nama dokumen – CKAPS-FM-03 (1 Oktober 2015)

Lampiran A

**DOKUMEN-DOKUMEN SOKONGAN LAIN BAGI PROSES PEMBAHARUAN LESEN  
PUSAT HEMODIALISIS SWASTA**

BIL	NAMA	NOMBOR KAD PENGENALAN	KELAYAKAN PROFESIONAL	NOMBOR PERAKUAN PENDAFTARAN PENUH	NOMBOR APC TERKINI	NOMBOR NSR
<b>PEMOHON/ORANG YANG DIBERI KUASA</b>						
<b>ORANG YANG BERTANGGUNGJAWAB (OYB)</b>						
<b>AFFILIATED NEPHROLOGIST</b>						

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)

**Tindakan UKAPS :**

Diterima/Dipulangkan kepada .....

.....  
**Nama Pegawai:**  
**No. Kad Pengenalan:**  
**Jawatan:**  
**Tarikh:**  
**Cop:**

Lampiran B

**BUTIRAN AHLI LEMBAGA PENGARAH UNTUK PEMBAHARUAN LESEN  
PUSAT HEMODIALISIS SWASTA**

BIL	NAMA	NOMBOR KAD PENGENALAN	KELAYAKAN PROFESIONAL	NOMBOR PERAKUAN PENDAFTARAN PENUH	NOMBOR APC TERKINI	NOMBOR NSR
<b>AHLI LEMBAGA PENGARAH/PERTUBUHAN/PERKONGSIAN</b>						

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 diberikan adalah palsu dan mengelirukan.

Disahkan oleh :

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

.....  
(Tandatangan OYB)

.....  
(No. Kad Pengenalan)

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

.....  
(Tarikh & Cop)

.....  
(Tarikh & Cop)

**Tindakan UKAPS :**

Diterima/Dipulangkan kepada .....

.....  
**Nama Pegawai:**  
**No. Kad Pengenalan:**  
**Jawatan:**  
**Tarikh:**  
**Cop:**

Lampiran C

**DOKUMEN-DOKUMEN SOKONGAN LAIN BAGI PROSES PEMBAHARUAN LESEN  
PUSAT HEMODIALISIS SWASTA**

BIL	NAMA	NOMBOR KAD PENGENALAN	KELAYAKAN PROFESIONAL	NOMBOR PERAKUAN PENDAFTARAN PENUH	NOMBOR APC TERKINI
<b>JURURAWAT TERLATIH/PEMBANTU PERUBATAN DENGAN KELAYAKAN POS BASIK RENAL</b>					
<b>JURURAWAT TERLATIH /PEMBANTU PERUBATAN TANPA POS BASIK RENAL</b>					
<b>PEMBANTU DIALISIS</b>					

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 diberikan adalah palsu dan mengelirukan.

Disahkan oleh :

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

.....  
(Tandatangan OYB)

.....  
(No. Kad Pengenalan)

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

.....  
(Tarikh & Cop)

.....  
(Tarikh & Cop)

**Tindakan UKAPS :**

Diterima/Dipulangkan kepada .....

.....  
**Nama Pegawai:**

**No. Kad Pengenalan:**

**Jawatan:**

**Tarikh:**

**Cop:**