



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

HOSPITAL SUNGAI BULOH



SKIM PERKHIDMATAN PESAKIT BAYAR PENUH (FPP)

BORANG TERIMA

1 Nama Pesakit :.....	6 Rujukan dpd (jika berkenaan).....
2 No. Kad Pengenalan:	7 Nama Syarikat/Majikan:
3 Alamat:	8 Alamat:
4 Pekerjaan:	9 No. Telefon:
5 No. Telefon:	
1 Nama Waris :.....	7 Nama Syarikat/Majikan:
2 No. Kad Pengenalan:	8 Alamat:
3 Alamat:	9 No. Telefon:
4 Pekerjaan:	
5 Hubungan dengan pesakit:.....	
6 No. Telefon:	

PERAKUAN

Saya setuju memilih Skim Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh(FPP) atas kehendak sendiri dan seterusnya membayar semua fi terlibat yang termaktub dalam Perintah Fi (Perubatan/Pesakit Bayar Penuh) 2007 ini melalui pembayaran sendiri/syarikat/syarikat insurans*. Bersama-sama ini dijelaskan bayaran deposit sebanyak RM secara tunai/kad kredit/kad debit/bank deraf/kiriman wang/wang pos*.

.....
(Tandatangan Pesakit/Waris)

Tarikh:

*Sila potong mana yang tidak berkenaan

PENGESAHAN SYARIKAT/SYARIKAT INSURANS

Dengan ini, saya bagi pihak syarikat/syarikat insurans bersetuju untuk menjelaskan bil hospital bagi pesakit yang bernamadi atas.

.....
(Tandatangan dan Nama Pihak Hospital)

Cop Rasmi Hospital