



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

HOSPITAL SUNGAI BULOH

BORANG BERHENTI MENERIMA

SKIM PERKHIDMATAN PESAKIT BAYAR PENUH (FPP)

Saya

No. Kad Pengenalan:

dengan ini bersetuju untuk **berhenti menerima** Skim Perkhidmatan Pesakit Bayar

Penuh (FPP) dan bersetuju untuk menjelaskan semua bayaran bil hospital
berjumlah

RM.....yang dikenakan.

.....
(Tandatangan Pesakit)

Tarikh: