

**SENARAI SEMAK DOKUMEN BORANG 3 (PEMBAHARUAN LESEN) KPJKS (SELAIN PHS)
(TUAN PUNYA TUNGGAL)**

Nama dan Alamat Premis :

Nama & No. Tel Pemohon/Wakil :

Mailing Address :

(i)	Borang 3 diisi 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 Pengarah Kesihatan Negeri seperti berikut: (RM1500 + RM5 per katil/kerusi sandar/kerusi dialisis/kot/seumpama dengannya) (wang tunai atau cek persendirian <u>tidak</u> diterima)	
(iii)	Salinan kad pengenalan (diperakui sah)	
	▪ Pemohon	
	▪ Orang yang bertanggungjawab	
(iv)	Salinan <u>sijil kelayakan profesional</u> hanya bagi individu dan/atau perkhidmatan yang baru [sijil asas, pendaftaran penuh, perakuan amalan tahunan semasa (APC) dan sijil kepakaran termasuk Sijil <i>National Specialist Register (NSR)</i> (jika berkaitan)] (disenaraikan mengikut Lampiran B)	
	▪ Pemohon	
	▪ Orang yang bertanggungjawab	
	▪ Setiap pakar (<i>mengikut jenis disiplin/perkhidmatan yang disediakan</i>) termasuk pakar <i>affiliated</i> /rujukan	
(v)	Butir-butir bagi pengamal perubatan sedia ada (disenaraikan mengikut Lampiran B)	
(vi)	Butir-butir bagi profesional lain dan anggota kejururawatan (disenaraikan mengikut Lampiran C)	
(vii)	Surat akuan bersumpah asal (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan fraud atau ketidakjujuran atau bankrup yang belum dilepaskan) bagi-	
	▪ Pemohon	
	▪ Orang yang bertanggungjawab	
(viii)	Surat persetujuan/pengesahan individu berikut:	
	▪ 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)	Perakuan Bomba atau Surat Sokongan Pelesenan (yang sah laku) dari Bomba	
(x)	Perakuan Siap dan Pematuhan Bangunan (CF/CCC) atau setaraf dengannya	
(xi)	Perakuan Layak Menggunakan (CF) Lif (<i>jika berkaitan</i>) (yang sah laku)	
(xii)	Perakuan Layak Menggunakan (CF) <i>autoclave</i> (<i>jika berkaitan</i>) (yang sah laku)	
(xiii)	Lesen Tenaga Atom (<i>bagi kemudahan radiologi dan pengimejan yang berkaitan</i>) (yang sah laku)	
(xiv)	Perjanjian/Perkiraan Pembuangan Sisa Klinikal (yang sah laku)	
(xv)	Perjanjian Bekalan/Perkhidmatan Darah (outsourced/in house) (yang sah laku)	

**SENARAI SEMAK DOKUMEN BORANG 3 (PEMBAHARUAN LESEN) KPJKS (SELAIN PHS)
(TUAN PUNYA TUNGGAL)**

(xvi)	Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Ambulan (outsource/in house) (yang sah laku)	
(xvii)	Sijil Pengendalian Makanan (<i>jika berkaitan</i>)	
(xviii)	Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Dobi (outsource/in house) (yang sah laku)	
(xix)	Perkiraan/Perjanjian Pencegahan Haiwan Perosak (yang sah laku)	
(xx)	Laporan <i>e-reporting</i>	
(xxi)	Senarai MCO	
(xxii)	Penyata kewangan terkini	

* Setiap senarai dan dokumen sokongan yang dikemukakan perlu diperakui sah kecuali surat kuasa & surat akuan sumpah yang dikemukakan adalah salinan asal

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. Sekiranya kenyataan-kenyataan yang saya berikan adalah palsu dan mengelirukan, pihak KKM berhak menggantung atau tidak memperbaharui lesen premis ini mengikut subseksyen 44 (a), Akta 586.

Disediakan oleh Orang Yang Diberi Kuasa:

Disahkan oleh OYB:

.....

.....

Nama:
No. Kad Pengenalan:
Tarikh:
Cop:

Nama:
No. Kad Pengenalan:
Tarikh:
Cop:

Tindakan UKAPS:

Diterima/Dipulangkan kepada

.....

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

**SENARAI SEMAK DOKUMEN BORANG 3 (PEMBAHARUAN LESEN) KPJKS (SELAIN PHS)
(PERTUBUHAN PERBADANAN)**

Nama dan Alamat Premis :

Nama & No. Tel Pemohon/Wakil :

Mailing Address :

(i)	Borang 3 diisi 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 Pengarah Kesihatan Negeri seperti berikut: [RM1500 + RM5 per katil/kerusi sandar/kerusi dialisis/kerusi pergigian/kot (kecuali basinet) berdasarkan lesen terkini] (wang tunai atau cek persendirian <u>tidak</u> diterima)	
(iii)	<u>Surat kuasa asal</u> (bagi orang yang diberi kuasa oleh 51 % ahli lembaga pengarah)	
(iv)	Salinan kad pengenalan	
	▪ Orang yang diberi kuasa	
	▪ Orang yang bertanggungjawab	
(v)	Salinan <u>sijil kelayakan profesional</u> hanya bagi individu dan/atau perkhidmatan yang baru [sijil asas, pendaftaran penuh, perakuan amalan tahunan semasa (APC) dan sijil kepakaran termasuk Sijil <i>National Specialist Register (NSR)</i> (jika berkaitan)] (disenaraikan mengikut Lampiran A & B)	
	▪ Orang yang diberi kuasa (sekiranya Registered Medical Practitioner)	
	▪ Setiap ahli Lembaga Pengarah (sekiranya RMP)	
	▪ Orang yang bertanggungjawab	
	▪ Setiap pakar (<i>mengikut jenis disiplin/perkhidmatan yang disediakan</i>) termasuk pakar <i>affiliated</i> /rujukan	
(vi)	Butir-butir bagi pengamal perubatan sedia ada (disenaraikan mengikut Lampiran B)	
(vii)	Butir-butir bagi profesional lain dan anggota kejururawatan (disenaraikan mengikut Lampiran C)	
(viii)	<u>Surat akuan bersumpah</u> asal (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan fraud atau ketidakjujuran atau bankrup yang belum dilepaskan) bagi-	
	▪ Orang yang diberi kuasa	
	▪ Setiap ahli Lembaga Pengarah	
	▪ Orang yang bertanggungjawab	
(ix)	Surat persetujuan/pengesahan individu berikut:	
	▪ Orang yang bertanggungjawab	
	▪ Semua pakar rujuk (<i>affiliated</i>) seperti <i>affiliated nephrologist</i> , <i>affiliated anesthesiologist</i> dan sebagainya (<i>jika berkaitan</i>)	
(x)	<u>Dokumen konstituen</u> bagi pertubuhan perbadanan (perlu diperhatikan sekiranya terdapat pindaan) :	
	▪ Borang 8 atau 9 atau 13, Akta Syarikat 1965 (<i>Perakuan Pemerbadanan Syarikat Sendirian – Perakuan Pendaftaran dengan SSM</i>)	

**SENARAI SEMAK DOKUMEN BORANG 3 (PEMBAHARUAN LESEN) KPJKS (SELAIN PHS)
(PERTUBUHAN PERBADANAN)**

	▪ Borang 24, Akta Syarikat 1965 (<i>Penyata Kewangan Syarikat, jika bukan Borang 8</i>)	
	▪ Borang 44, Akta Syarikat 1965 (<i>Alamat Syarikat</i>)	
	▪ Borang 49, Akta Syarikat 1965 (<i>Nama Ahli Lembaga Pengarah</i>) (memastikan terdapat 1 RMP)	
	▪ <i>Memorandum and Articles of Association</i> pertubuhan perbadanan tersebut	
(xi)	Perakuan Bomba atau Surat Sokongan Pelesenan dari Bomba (yang sah laku)	
(xii)	Perakuan Siap dan Pematuhan Bangunan (CF/CCC) atau setaraf dengannya	
(xiii)	Perakuan Layak Menggunakan (CF) Lif (<i>jika berkaitan</i>) (yang sah laku)	
(xiv)	Perakuan Layak Menggunakan (CF) <i>autoclave</i> (<i>jika berkaitan</i>) (yang sah laku)	
(xv)	Lesen Tenaga Atom (<i>bagi kemudahan radiologi dan pengimejan yang berkaitan</i>) (yang sah laku)	
(xvi)	Perjanjian/Perkiraan Pembuangan Sisa Klinikal (yang sah laku)	
(xvii)	Perjanjian Bekalan/Perkhidmatan Darah (outsourced/in house) (yang sah laku)	
(xviii)	Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Ambulan (outsourced/in house) (yang sah laku)	
(xix)	Sijil Pengendalian Makanan (<i>jika berkaitan</i>)	
(xx)	Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Dobi (outsourced/in house) (yang sah laku)	
(xxi)	Perkiraan/Perjanjian Pencegahan Haiwan Perosak (yang sah laku)	
(xxii)	Laporan <i>e-reporting</i>	
(xxiii)	Senarai MCO	
(xxiv)	Penyata kewangan terkini	

*** Setiap senarai dan dokumen sokongan yang dikemukakan perlu diperakui sah kecuali surat kuasa & surat akuan sumpah yang dikemukakan adalah salinan asal**

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. Sekiranya kenyataan-kenyataan yang saya berikan adalah palsu dan mengelirukan, pihak KKM berhak menggantung atau tidak memperbaharui lesen premis ini mengikut subseksyen 44 (a), Akta 586.

Disediakan oleh Orang Yang Diberi Kuasa:

Disahkan oleh OYB:

.....

.....

Nama:

Nama:

No. Kad Pengenalan:

No. Kad Pengenalan:

Tarikh:

Tarikh:

Cop:

Cop:

**SENARAI SEMAK DOKUMEN BORANG 3 (PEMBAHARUAN LESEN) KPJKS (SELAIN PHS)
(PERTUBUHAN PERBADANAN)**

Disemak oleh UKAPS :

Tindakan: Diterima/Dipulangkan kepada

.....

Nama Pegawai:

No. Kad Pengenalan:

Jawatan:

Tarikh:

Cop:

**SENARAI SEMAK DOKUMEN BORANG 3 (PEMBAHARUAN LESEN) KPJKS (SELAIN PHS)
(PERTUBUHAN)**

Nama dan Alamat Premis :

Nama & No. Tel Pemohon/Wakil :

Mailing Address :

(i)	Borang 3 diisi 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 Pengarah Kesihatan Negeri seperti berikut: [RM1500 + RM5 per katil/kerusi sandar/kerusi dialisis/kerusi pergigian/kot (kecuali basinet) berdasarkan lesen terkini] (wang tunai atau cek persendirian <u>tidak</u> diterima)	
(iii)	<u>Surat kuasa asal</u> (bagi orang yang diberi kuasa oleh 51 % ahli lembaga pengarah)	
(iv)	Salinan kad pengenalan	
	▪ Orang yang diberi kuasa	
	▪ Orang yang bertanggungjawab	
(v)	Salinan <u>sijil kelayakan profesional</u> hanya bagi individu dan/atau perkhidmatan yang baru [sijil asas, pendaftaran penuh, perakuan amalan tahunan semasa (APC) dan sijil kepakaran termasuk Sijil <i>National Specialist Register (NSR)</i> (jika berkaitan)] (disenaraikan mengikut Lampiran A & B)	
	▪ Orang yang diberi kuasa (sekiranya RMP)	
	▪ Setiap ahli Lembaga Pengarah (sekiranya RMP)	
	▪ Orang yang bertanggungjawab	
	▪ Setiap pakar (<i>mengikut jenis disiplin/perkhidmatan yang disediakan</i>) termasuk pakar <i>affiliated/rujukan</i>	
(vi)	Butir-butir bagi pengamal perubatan sedia ada (disenaraikan mengikut Lampiran B)	
(vii)	Butir-butir bagi profesional lain dan anggota kejururawatan (disenaraikan mengikut Lampiran C)	
(viii)	<u>Surat akuan bersumpah</u> asal (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan fraud atau ketidakjujuran atau bankrup yang belum dilepaskan) bagi-	
	▪ Orang yang diberi kuasa	
	▪ Setiap ahli Pertubuhan	
	▪ Orang yang bertanggungjawab	
(ix)	Surat persetujuan/pengesahan individu berikut:	
	▪ Orang yang bertanggungjawab	
	▪ Semua pakar rujuk (<i>affiliated</i>) seperti <i>affiliated nephrologist, affiliated anesthesiologist</i> dan sebagainya (<i>jika berkaitan</i>)	
(x)	<u>Dokumen konstituen</u> bagi pertubuhan:	
	▪ Borang 3, Akta Pertubuhan 1966	
	▪ Senarai jawatankuasa Pertubuhan	

**SENARAI SEMAK DOKUMEN BORANG 3 (PEMBAHARUAN LESEN) KPJKS (SELAIN PHS)
(PERTUBUHAN)**

	▪ Undang-undang kecil Pertubuhan	
(xi)	Perakuan Bomba atau Surat Sokongan Pelesenan dari Bomba (yang sah laku)	
(xii)	Perakuan Siap dan Pematuhan Bangunan (CF/CCC) atau setaraf dengannya	
(xiii)	Perakuan Layak Menggunakan (CF) Lif (<i>jika berkaitan</i>) (yang sah laku)	
(xiv)	Perakuan Layak Menggunakan (CF) <i>autoclave</i> (<i>jika berkaitan</i>) (yang sah laku)	
(xv)	Lesen Tenaga Atom (<i>bagi kemudahan radiologi dan pengimejan yang berkaitan</i>) (yang sah laku)	
(xvi)	Perjanjian/Perkiraan Pembuangan Sisa Klinikal (yang sah laku)	
(xvii)	Perjanjian Bekalan/Perkhidmatan Darah (outsourced/in house) (yang sah laku)	
(xviii)	Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Ambulan (outsourced/in house) (yang sah laku)	
(xix)	Sijil Pengendalian Makanan (<i>jika berkaitan</i>)	
(xx)	Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Dobi (outsourced/in house) (yang sah laku)	
(xxi)	Perkiraan/Perjanjian Pencegahan Haiwan Perosak (yang sah laku)	
(xxii)	Laporan <i>e-reporting</i>	
(xxiii)	Senarai MCO	
(xxiv)	Penyata kewangan terkini	

*** Setiap senarai dan dokumen sokongan yang dikemukakan perlu diperakui sah kecuali surat kuasa & surat akuan sumpah yang dikemukakan adalah salinan asal**

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. Sekiranya kenyataan-kenyataan yang saya berikan adalah palsu dan mengelirukan, pihak KKM berhak menggantung atau tidak memperbaharui lesen premis ini mengikut subseksyen 44 (a), Akta 586.

Disediakan oleh Orang Yang Diberi Kuasa:

Disahkan oleh OYB:

.....

.....

Nama:

Nama:

No. Kad Pengenalan:

No. Kad Pengenalan:

Tarikh:

Tarikh:

Cop:

Cop:

**SENARAI SEMAK DOKUMEN BORANG 3 (PEMBAHARUAN LESEN) KPJKS (SELAIN PHS)
(PERTUBUHAN)**

Disemak oleh UKAPS :

Tindakan: Diterima/Dipulangkan kepada

.....

Nama Pegawai:

No. Kad Pengenalan:

Jawatan:

Tarikh:

Cop:

Lampiran A

BUTIRAN PEMOHON/ORANG YANG DIBERI KUASA, ORANG YANG BERTANGGUNGJAWAB DAN AHLI LEMBAGA PENGARAH/PEMEGANG JAWATAN/AHLI PERKONGSIAN UNTUK PEMBAHARUAN LESEN KPJKS (SELAIN PHS)

BIL	NAMA	NO. K/P	KELAYAKAN PROFESIONAL	NO. PERAKUAN PENDAFTARAN PENUH	NO. APC TERKINI	*NO.NSR
PEMOHON/ ORANG YANG DIBERI KUASA						
ORANG YANG BERTANGGUNGJAWAB (OYB)						
AHLI LEMBAGA PENGARAH/PERTUBUHAN/PERTUBUHAN PERBADANAN/PERKONGSIAN						

**Sekiranya tiada NSR, RMP perlu mengemukakan surat pewartaan dari KKM/Hospital Universiti*

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. Sekiranya kenyataan-kenyataan yang saya berikan adalah palsu dan mengelirukan, pihak KKM berhak menggantung atau tidak memperbaharui lesen premis ini mengikut subseksyen 44 (a), Akta 586.

Disediakan oleh Orang Yang Diberi Kuasa:

Disahkan oleh OYB:

.....
 Nama:
 No. Kad Pengenalan:
 Tarikh:
 Cop:

.....
 Nama:
 No. Kad Pengenalan:
 Tarikh:
 Cop:

Tindakan UKAPS :

Diterima/Dipulangkan kepada

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

Lampiran B

**BUTIRAN PENGAMAL PERUBATAN/PERGIGIGIAN UNTUK PROSES PEMBAHARUAN LESEN KPJKS
(SELAIN PHS)**

BIL	JENIS PERKHIDMATAN	NAMA	NO. K/P	KELAYAKAN PROFESIONAL	NO. PERAKUAN PENDAFTARAN PENUH	NO. APC TERKINI	*NO. NSR	SURAT KEBENARAN HOD
PENGAMAL PERUBATAN/PERGIGIAN TETAP (BARU)								
								/
PENGAMAL PERUBATAN/PERGIGIAN PELAWAT (BARU)								
PENGAMAL PERUBATAN/PERGIGIAN TETAP (SEDIA ADA)								
								/
PENGAMAL PERUBATAN/PERGIGIAN PELAWAT (SEDIA ADA)								

*Sekiranya tiada NSR, RMP perlu mengemukakan surat pewartaan dari KKM/Hospital Universiti

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. Sekiranya kenyataan-kenyataan yang saya berikan adalah palsu dan mengelirukan, pihak KKM berhak menggantung atau tidak memperbaharui lesen premis ini mengikut subseksyen 44 (a), Akta 586.

Disediakan oleh Orang Yang Diberi Kuasa:

Disahkan oleh OYB:

.....
Nama:
No. Kad Pengenalan:
Tarikh:
Cop:

.....
Nama:
No. Kad Pengenalan:
Tarikh:
Cop:

Tindakan UKAPS :

Diterima/Dipulangkan kepada

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

Lampiran C

BUTIRAN PROFESIONAL JAGAAN KESIHATAN LAIN, STAF KEJURURAWATAN DAN PARA-PROFESIONAL JAGAAN KESIHATAN UNTUK PEMBAHARUAN LESEN KPJKS (SELAIN PHS)

BIL	JENIS PERKHIDMATAN	NAMA	NO. K/P	KELAYAKAN PROFESIONAL	KELAYAKAN POS BASIK	NO. APC/TPC TERKINI
PROFESIONAL JAGAAN KESIHATAN LAIN (AHLI FARMASI/JURUPULIH ANGGOTA/JURU X-RAY/DIETETIK/PEGAWAI TEKNOLOGI MAKMAL DLL)						
JURURAWAT TERLATIH/PENOLONG PEGAWAI PERUBATAN						
JURURAWAT ASING						
JURURAWAT MASYARAKAT/PENOLONG JURURAWAT						
PARAPROFESIONAL/PEMBANTU JAGAAN PERIBADI						

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. Sekiranya kenyataan-kenyataan yang saya berikan adalah palsu dan mengelirukan, pihak KKM berhak menggantung atau tidak memperbaharui lesen premis ini mengikut subseksyen 44 (a), Akta 586.

Disediakan oleh Orang Yang Diberi Kuasa:

Disahkan oleh OYB:

.....
Nama:
No. Kad Pengenalan:
Tarikh:
Cop:

.....
Nama:
No. Kad Pengenalan:
Tarikh:
Cop:

Tindakan UKAPS :

Diterima/Dipulangkan kepada

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