

**BORANG TUNTUTAN
BAYARAN BALIK YURAN PENGAMAL BERDAFTAR BAGI
PROFESION KESIHATAN BERSEKUTU SEKTOR AWAM
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

MAKLUMAT PEGAWAI PEMOHON	
Nama	
No. Kad Pengenalan	
Jawatan	
Gred Jawatan	
No. Rujukan Pendaftaran	
Jabatan/Bahagian	
MAKLUMAT AKAUN BANK PEMOHON	
No. Akaun Bank	
Nama Bank	
MAKLUMAT BADAN PROFESIONAL	
Nama Badan Profesional	Majlis Profesion Kesihatan Bersekutu
Salinan Sijil / Perakuan	
No. Resit Rasmi	
<i>(Sila lampirkan resit rasmi asal / atau salinan yang telah disahkan sekiranya menggunakan resit cetakan komputer)</i>	
MAKLUMAT TUNTUTAN BAYARAN	
Fi Perakuan Pendaftaran	RM
Fi Perakuan Amalan	RM
Fi Pembaharuan Perakuan Amalan	RM
Lain-lain	RM
Jumlah	RM

PENGAKUAN	
Saya dengan ini mengesahkan bahawa perbelanjaan seperti pada resit yang disertakan adalah sebenarnya yang dilakukan oleh saya.	
Tarikh:	Tandatangan (Nama)
KELULUSAN KETUA JABATAN / BAHAGIAN	
Permohonan ini telah disemak dan disahkan bahawa jumlah perbelanjaan yang dilakukan oleh pegawai adalah benar.	
Tarikh:	Tandatangan (Nama & Cop Jawatan)
UNTUK KEGUNAAN BAHAGIAN KEWANGAN/PUSAT TANGGUNGJAWAB	
Tarikh terima: Dokumen lengkap untuk diproses: Penyedia:	