

BAHAGIAN IV

9. Perakuan daripada Pegawai Perubatan Pusat Kesihatan UTM / Hospital Kerajaan / Klinik Kerajaan

.....
.....
.....

Disokong

Tidak Disokong

(Tandatangan)

Nama :
Jawatan :
Cop Jabatan :
Tarikh :

BAHAGIAN V

10. Pengesahan Pegawai/ Pesara

“Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat sebagaimana yang dinyatakan di Bahagian I dan Bahagian II di atas adalah benar belaka.”

Tandatangan _____
((nama penuh))

Tarikh : _____

BAHAGIAN VI

Pengesahan dan Sokongan Ketua Jabatan / PSM Jabatan

11. Kelulusan Tambahan Had Kos Bagi Rawatan Pesakit Luar (Sakit Kronik) **RM 1,500.00** adalah **“*DISOKONG / TIDAK DISOKONG”**

Tandatangan _____
((nama penuh))

Jawatan _____
Tarikh _____

Cop Rasmi Ketua Jabatan

* potong mana yang tidak berkenaan

BAHAGIAN VII

12. Pengesahan dan Keputusan Bahagian Pengurusan Organisasi (BPO)

“Saya dengan ini mengesahkan bahawa permohonan pegawai/ pesara mematuhi syarat-syarat dan peraturan-peraturan sebagaimana yang ditetapkan dalam Pekeliling Pentadbiran: Bil.2/2023 Pelaksanaan Had Kos Rawatan Pesakit Luar (Klinik Panel dan Pusat Kesihatan Universiti). Berkaitan itu, permohonan tambahan Had Kos Rawatan Pesakit Luar (Sakit Kronik) adalah ***DILULUSKAN / TIDAK DILULUSKAN.**”

Tandatangan _____
((nama penuh))

Jawatan _____
Tarikh _____

Nama & Cop Rasmi

* potong mana yang tidak berkenaan