



MAJLIS PERBANDARAN DUNGUN
BORANG TUNTUTAN BAYARAN RAWATAN PERUBATAN KLINIK SWASTA

Bahagian A : Maklumat Pemohon / Pesakit

Nama Kakitangan : _____
No. Kad Pengenalan : _____
Jawatan : _____
No. Gaji : _____
Bahagian/Unit : _____
Nama Pesakit : _____
No. KP/SB : _____
Hubungan : _____

Bahagian B : Pengesahan Doktor

Nama Klinik : _____
Jumlah Bil Rawatan : _____

Saya mengesahkan bahawa pesakit ini telah menerima rawatan daripada saya.

(Tandatangan / Cop Doktor)

Tarikh

PENGAKUAN PEMOHON

Dengan ini saya mengakui bahawa :

- a) Sekiranya saya mengemukakan atau menggunakan apa-apa dokumen yang mengandungi maklumat atau butiran yang palsu dan silap dengan niat untuk memperdayakan prinsipal saya boleh didakwa di bawah Seksyen 18 Akta Suruhanjaya Pencegahan Rasuah Malaysia 2009 dan jika disabit kesalahan oleh Mahkamah boleh dikenakan hukuman penjara tidak melebihi 20 tahun dan denda tidak kurang lima (5) kali ganda jumlah / nilai butiran yang palsu atau RM 10,000.00 yang mana lebih tinggi.

- b) Sekiranya saya menipu atau menggunakan apa-apa dokumen dengan niat menipu, saya boleh didakwa di bawah Seksyen 420 dan 468 Kanun Keseksaan yang mana jika disabitkan kesalahan, saya boleh dikenakan hukuman penjara selama tempoh tidak kurang dari satu (1) tahun dan tidak melebihi 10 tahun serta denda (Seksyen 420) dan tidak melebihi tujuh (7) tahun dan denda (Seksyen 468).

Tandatangan Pemohon

Tarikh

**PENGESAHAN
KETUA JABATAN / BAHAGIAN / KETUA UNIT**

Nama :

Jawatan :

Tarikh :

Tandatangan Ketua Jabatan / Bahagian / Ketua Unit