

**BORANG TUNTUTAN BAYARAN RAWATAN PERGIGIAN  
KLINIK BUKAN PANEL**

**Perhatian :**

Setiap tuntutan mestilah diperakukan oleh Ketua PTj bagi tujuan pembayaran. Borang yang tidak diisi dengan lengkap akan dikembalikan.

**A. MAKLUMAT STAF**

Nama : \_\_\_\_\_

No. Staf : \_\_\_\_\_ PTj : \_\_\_\_\_

No. Tel. (Pej) : \_\_\_\_\_ No. Tel. (Bimbit) : \_\_\_\_\_

Nama Pesakit : a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

**B. MAKLUMAT KLINIK**

Nama Klinik Pergigian : \_\_\_\_\_

Tarikh mendapatkan rawatan : \_\_\_\_\_

No. Resit : \_\_\_\_\_ Jumlah tuntutan : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tandatangan

\_\_\_\_\_  
Tarikh

**C. SOKONGAN KETUA PTj**

Permohonan ini disokong / tidak disokong

\_\_\_\_\_  
Tandatangan

\_\_\_\_\_  
Tarikh

Nama :

Cop Rasmi Jawatan :

---

---

**D. KEGUNAAN PEJABAT**

Permohonan ini disokong / tidak disokong

\_\_\_\_\_  
Tandatangan

\_\_\_\_\_  
Tarikh

Nama :

Cop Rasmi Jawatan :