

**KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
HOSPITAL PUTRAJAYA
BORANG PERSETUJUAN PENERIMAAN
PERKHIDMATAN PESAKIT BAYAR PENUH (FULL PAYING PATIENT SERVICES)**

1. Nama Pesakit: 2. No. Kad Pengenalan: 3. Alamat: 4. Pekerjaan: 5. No Telefon:	6. Rujukan daripada (jika berkenaan): 7. Nama Syarikat/Majikan: 8. Alamat: 9. No Telefon:
--	---

1. Nama Waris: 2. No. Kad Pengenalan: 3. Alamat: 4. Pekerjaan: 5. Hubungan: 6. No. Telefon:	7. Nama Syarikat/Majikan: 8. Alamat: 9. No. Telefon:
---	---

PERAKUAN

(Ruang ini diisi oleh pesakit atau waris)

Saya bersetuju memilih Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh (PPBP) atas kehendak sendiri dan seterusnya membayar semua fi terlibat yang termaktub dalam Perintah Fi (Perubatan) (Pesakit Bayar Penuh) 2007 ini melalui pembayaran *sendiri/syarikat/syarikat insurans.

(Ruang ini diisi bagi kemasukan wad sahaja)

Bersama-sama ini dijelaskan bayaran deposit sebanyak RM untuk kemasukan ke dalam wad di Hospital Putrajaya secara *tunai/kad kredit/kad debit/draf bank/cek bank/pesanan bank/pesanan juruwang/kiriman wang/wang pos .

.....
(Tandatangan Pesakit/Waris)

Tarikh:

Nota: *Sila potong mana yang tidak berkenaan

PENGESAHAN SYARIKAT/SYARIKAT INSURANS

(Ruang ini diisi oleh syarikat/syarikat insurans sahaja, jika bukan pembayaran sendiri)

Dengan ini, saya bagi pihak syarikat/syarikat insurans bersetuju untuk menjelaskan bil hospital bagi pesakit yang bernama di atas.

.....
(Tandatangan Pegawai)
Cop Rasmi Syarikat:

.....
(Tandatangan dan Nama Pihak Hospital)
Cop Rasmi Hospital:

Nota: *Sila potong mana yang tidak berkenaan

❖ Sila kemukakan **GL** pesakit mengikut format **Hospital Kerajaan**

❖ Borang persetujuan FPP yang telah di cap & tanda tangan hendaklah dihantar ke hasil.hpi@gmail.com atau faks 03-88880769 / 03-88889275