

TUNTUTAN BALIK BAYARAN RAWATAN PERGIGIAN / KACA MATA



PERGIGIAN
 SENDIRI TANGGUNGAN
 KACA MATA
 SENDIRI

NAMA							NO. PEKERJA	
JABATAN	NAMA	<input type="checkbox"/> SUAMI	<input type="checkbox"/> ISTERI	<input type="checkbox"/> ANAK	<input type="checkbox"/> IBU	<input type="checkbox"/> BAPA		
MAKLUMAT TEMPAT RAWATAN / PEMBELIAN KACAMATA								
NAMA KLINIK PERGIGIAN / KEDAI KACAMATA								
ALAMAT								
NO. RESIT						<input checked="" type="checkbox"/> Kadar RM1.00	R	M
PENGAKUAN PEMOHON								
Saya mengakui bahawa maklumat dan resit yang dikemukakan bersama dengan permohonan ini adalah benar & betul dan UMS berhak melulus atau menolak sebahagian atau sepenuhnya tuntutan saya ini.								
Tandatangan Pemohon					Tarikh:			
BAHAGIAN SUMBER MANUSIA								
TERIMA OLEH						Bayaran Rawatan Gigi Terakhir	RM	
PADA						Tarikh Dibayar		
KEPUTUSAN	<input type="checkbox"/> TOLAK	<input type="checkbox"/> LULUS SEBAHAGIAN	<input type="checkbox"/> LULUS PENUH	JUMLAH	R	M		
PENGESAHAN & ARAHAN PENDAFTAR (sila buat TIGA salinan)				KEGUNAAN BENDAHARI: SEKSYEN BAYARAN (sila kembalikan satu salinan)				
Bendahari				DITERIMA OLEH: _____ PADA: _____				
Tuan, Sila bayar kepada penama di atas bayaran balik rawatan pergigian / pembelian kaca mata bersamaan dengan jumlah tercatat di atas.				PEMBAYARAN:- No. Baucer: _____ Tarikh: _____ No. Cek: _____ Tarikh: _____ Bank: _____				
Yang benar, Tandatangan dan Cop Rasmi Pelulus b.p. PENDAFTAR ASAL – BENDAHARI ; SALINAN: 1-FAIL TUNTUTAN ; 2- FAIL UMS (PER) ; 3 - PEMOHON				Tandatangan dan Cop Rasmi Pembayar b.p. BENDAHARI _____ Tarikh: _____				

TUNTUTAN BALIK BAYARAN RAWATAN PERGIGIAN / KACA MATA

dilampirkan dokumen sokongan

