

MAJLIS AMANAH RAKYAT
(MARA)

SURAT PENGESAHAN DIRI DAN PENGAKUAN PEGAWAI

Pengarah/Penguasa Perubatan/Pegawai Perubatan
Yang Menjaga Hospital / Klinik:- _____

Tuan,

Dengan ini disahkan bahawa penama di bawah adalah seorang pegawai / kakitangan Majlis Amanah Rakyat:-

Nama Pegawai :	Nombor K/P :
Kategori/Gred Gaji :	Gaji Pokok :
Jawatan :	Kelayakan Kelas Wad :
No Gaji :	Sila hantar bil ke alamat di bawah:-
Alamat Pejabat : Kolej Profesional MARA Bandar Penawar Jalan Ungku Abdul Aziz, 81930 Bandar Penawar, Kota Tinggi Johor	BAHAGIAN SUMBER MANUSIA TINGKAT 18, IBU PEJABAT MARA NO. 21, JALAN RAJA LAUT 50609 KUALA LUMPUR

2. Pegawai berkenaan/Isteri/Suami/Ibu Atau Bapa Kandung/Tiri/Angkat/Anak Pegawai Berkenaan * seperti butiran di bawah memerlukan rawatan:-

Nama Pesakit :
No. Kad Pengenalan /Surat Beranak :

3. Majlis Amanah Rakyat (MARA) bersetuju akan memotong dari gaji pegawai ini bagi menjelaskan bil hospital untuk rawatan berkenaan:-

(TANDATANGAN KETUA JABATAN)

Nama :
Jawatan :
No. Telefon :
Tarikh :

COP RASMI

PERAKUAN PEGAWAI MEMBENARKAN POTONGAN GAJI BAGI MENJELASKAN BAYARAN BIL HOSPITAL ATAS RAWATAN YANG DITERIMA:-

Saya _____ yang sekarang menerima gaji pokok sebanyak _____ di Majlis Amanah Rakyat (MARA) bertanggungjawab menjelaskan bayaran yang dituntut (CAJ WAD) dan dengan ini membenarkan dan memberi kuasa kepada Ketua Jabatan memotong gaji saya bagi menjelaskan bayaran hospital yang dikenakan kerana rawatan diri * saya/ahli keluarga/ibu/bapa saya seperti maklumat-maklumat di atas.

** Pihak hospital hendaklah melampirkan surat pengesahan ini semasa menuntut bayaran.

No. Gaji :

S.K. Pengarah Bahagian Sumber Manusia MARA, K.Lumpur
Bahagian/Institusi/Negeri yang mengeluarkannya

TANDATANGAN PEGAWAI

■ Tempoh laku surat ini ialah tiga (3) bulan daripada tarikh dikeluarkan