

**SURAT PERAKUAN DAN PENGESAHAN RAWATAN PERUBATAN KEPADA
PENERIMA BANTUAN DI BAWAH TABUNG BANTUAN PERUBATAN (TBP)
(Untuk diisi oleh pesakit/ waris pesakit yang menerima bantuan perubatan)**

1. Saya No. Kad Pengenalan
waris/ penjaga kepada (sekiranya berkaitan)
No. Kad Pengenalan memperakui dan mengesahkan telah
menerima rawatan/ bekalan perubatan, iaitu
dari pegawai perubatan/pakar pada
..... di Hospital/ Pusat Perubatan Universiti
.....
2. Saya juga bersetuju untuk memberi maklumbalas selepas rawatan/ peralatan
perubatan diterima di bawah pembiayaan TBP.

Catatan:

Tandatangan pesakit/ waris pesakit:

Nama:

Tarikh: