

Tarikh: _____

Timbalan Bendahari
Jabatan Bendahari
Universiti Sains Malaysia
Kampus Kesihatan

SENARAI NAMA PENERIMA SAGUHATI PESAKIT

NAMA PROJEK: _____

NO AKAUN PROJEK: _____

BUTIR-BUTIR BAYARAN: _____

Bil	Nama Pesakit	No Kad Pengenalan	No Pendaftaran Pesakit/No Siri Kajian	Jumlah (RM)	Tandatangan pesakit (Akaun Pesakit)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
			JUMLAH (RM)		

(sila sedia lampiran jika ruangan ini tidak mencukupi)

TANDATANGAN PEMBAYAR: _____ TANDATANGAN SAKSI: _____

NAMA PEMBAYAR: _____ NAMA SAKSI: _____

TARIKH: _____ TARIKH: _____

Saya mengesahkan bahawa bayaran saguehati tersebut adalah benar dan telah disempurnakan seperti di atas. Sila uruskan bayaran balik bagi jumlah tersebut atas nama _____ Kad Pengenalan _____

TANDATANGAN PENYELARAS: _____

NAMA PENYELARAS: _____

TARIKH: _____

DILULUSKAN/TIDAK DILULUSKAN

TANDATANGAN KETUA JABATAN/DEKAN: _____

NAMA : _____

COP JABATAN : _____

TARIKH : _____