

**KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA  
HOSPITAL SELAYANG / PUTRAJAYA**

**BORANG BERHENTI MENERIMA  
SKIM PERKHIDMATAN PESAKIT BAYAR PENUH (PPBP)**

Saya, ..... No. Kad Pengenalan:  
..... dengan ini bersetuju untuk berhenti menerima  
skim Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh (PPBP) dan bersetuju untuk menjelaskan  
semua bayaran bil hospital berjumlah RM..... yang dikenakan.

.....  
( Tandatangan Pesakit )

.....  
( Tandatangan pihak Hospital )

Tarikh :