

**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 :