

KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
HOSPITAL PUTRAJAYA

BORANG BERHENTI MENERIMA
PERKHIDMATAN PESAKIT BAYAR PENUH (PPBP)

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

.....
(Tandatangan Pesakit)

Tarikh :

.....
(Tandatangan Pihak Hospital)