

**TUNTUTAN PEMBELIAN KIT UJIAN KENDIRI
PEMBELIAN INDIVIDU
BULAN _____ TAHUN _____**

NAMA : _____
JAWATAN : _____ **UNIT** : _____
JUMLAH : _____
TUNTUTAN : _____

BIL	UJIAN KIT KENDIRI		RESIT
	TARIKH	KEPUTUSAN	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
PENGESAHAN			
PEGAWAI		KETUA BAHAGIAN / UNIT	
Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat sebagaimana yang dinyatakan di atas adalah benar dan bertanggungjawab terhadapnya.		Telah disemak dan disahkan betul	
_____ (Cop Nama Pegawai)		_____ (Cop Nama Ketua Bahagian)	
Tarikh : _____		Tarikh : _____	

***Nota**

- 1) Borang ini perlu dikemukan di dalam Sistem e-Claim (Tuntutan Perubatan)
- 2) Tertakluk kepada baki perubatan yang diperuntukan bagi setiap pegawai
- 3) Jumlah pembelian bergantung kepada bilangan hari bekerja
- 4) Sebarang tuntutan palsu/meragukan akan di hantar ke Unit Integriti untuk tindakan selanjutnya.