

**BORANG TUNTUTAN BAYARAN BALIK UJIAN COVID-19**

MAKLUMAT SYARIKAT	
NAMA SYARIKAT	NO PENDAFTARAN SSM
ALAMAT SYARIKAT	NO SPP
POSKOD	NO. TELEFON
NEGERI	(PEJABAT)
NO AKAUN & NAMA BANK	(H/P)

MAKLUMAT PENGGAMBARAN	
TARIKH PENGGAMBARAN	TAJUK PROJEK
ALAMAT PENGGAMBARAN	JUMLAH KREW
POSKOD	NAMA PERSON IN-CHARGE
NEGERI	

MAKLUMAT UJIAN COVID	
NAMA HOSPITAL/KLINIK	TARIKH UJIAN
ALAMAT HOSPITAL/KLINIK	JUMLAH TUNTUTAN (RM)
POSKOD	
NEGERI	

Dengan ini bahawasanya saya No kad pengenalan mengesahkan tuntutan ini adalah benar. Saya memberikan keizinan kepada Perbadanan untuk membuat semakan lanjut dengan pihak berkaitan berhubung tuntutan di atas. Saya juga memberikan izin kepada pihak Perbadanan untuk meminda syarat-syarat tuntutan dan amaun tuntutan tanpa memberikan apa-apa notis kepada saya dan pihak syarikat.

.....

COP/MATERI SYARIKAT

()

TARIKH:

***BORANG INI HENDAKLAH DIISI DENGAN LENGKAP DAN DISERTAKAN DENGAN DOKUMEN-DOKUMEN BERIKUT;**

- a. Resit Asal b. Salinan Keputusan Ujian c. Salinan Akaun/Penyata Bank d. Salinan SSM