

BAYARAN / FEES

Semua jenis pembayaran hendaklah dibuat atas nama Ketua Setiausaha, Kementerian Kesihatan Mal
All fees shall be made payable to the "Secretary General, Ministry of Health Malaysia"

NO. DERAf BANK/KIRIMAN WANG/WANG POS.
BANK DRAFT/ MONEY ORDER / POSTAL ORDER NO.

Jumlah (RM)
Total (RM)

Sila kemukakan borang yang telah lengkap kepada:
Please return duly completed form to

Pengarah
Bahagian Keselamatan dan Kualiti Makanan
Kementerian Kesihatan Malaysia
Aras 3, Blok E7, Parcel E, Presint 1
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan
62590 Putrajaya

PENGAKUAN PEMOHON / APPLICANT'S DECLARATION

Tarikh
(Date) :

Saya (I) _____

Jawatan (Designation) _____

dengan ini mengaku bahawa kesemua kenyataan di atas dan lampiran yang disertakan adalah benar.
hereby, declare that all the above information and attachment given is true.

Tandatangan pemohon/*Signature*

Cop Syarikat/*Company Seal*

AKUAN PENERIMAAN / ACCEPTANCE DECLARATION

Nombor Rujukan Pemohon
Applicant's Reference No:

Tarikh:
Date

Adalah dimaklumkan, permohonan dan bayaran dalam bentuk deraf bank/kiriman wang/wang pos bernombor
Herewith, we would like to confirm that application and fees paid through bank draft / money order/postal order v
 sebanyak RM telah diterima daripada pemohon bagi premis
and amount RM is accepted from the applicant for premise

pada tarikh
on the date

Tandatangan penerima:
Signature

Jawatan:
Position

Nama Pegawai:
Officer's Name

Cop Jabatan:
Department's official Stamp



a



with number

