

**BORANG BAYARAN PERKHIDMATAN
(PATOLOGI ANATOMIK)**

Nama Hospital / Pusat Kesihatan / Institusi Pembayar: _____

Tarikh: _____

Bil	Nama Ujian	Kuantiti	Harga Seunit (RM)	Jumlah Harga (RM)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
JUMLAH (RM)				

Untuk Kegunaan Jabatan Makmal Diagnostik Klinikal:

Disahkan Oleh (Tandatangan & Cop Rasmi) : _____

Tarikh : _____

Catatan:

Borang ini hendaklah dilampirkan bersama bukti pembayaran. Kegagalan melampirkan borang ini akan menyebabkan permintaan ujian pihak tuan/puan ditolak. Tatacara pembayaran:

Secara Tunai:

Kaunter Jabatan Kewangan
Bahagian Perolehan dan Harta
Aras 1, Hospital UiTM Puncak Alam

Secara Perbankan Atas Talian:

Beneficiary Name : **BENDAHARI UiTM**
Bank Name : **Bank Islam Malaysia Berhad (BIMB)**
Bank Account Number : **12168010039722**

Untuk Pengesahan Pembayaran Oleh Pejabat Bendahari:

Disahkan Oleh Pegawai Bertugas : _____

Tarikh Kelulusan : _____

Tandatangan & Cop Rasmi : _____