

**PERMOHONAN PERTUKARAN KLINIK
REQUEST FOR CHANGE OF CLINIC**

Terma dan Syarat / Terms and Conditions:

- Permohonan pertukaran klinik mestilah dibuat dalam tempoh 90 hari dari tarikh pendaftaran.
Application for change of clinic must be done within 90 days from the date of registration.
- Permohonan untuk pemulangan bayaran pendaftaran tidak dibenarkan / *Request for refund of the registration fee is not allowed.*
- Pemeriksaan perubatan belum dijalankan / *The medical examination had not been carried out.*

Dokumen-dokumen yang perlu dilampirkan / Documents to be attached :

- Borang pemeriksaan perubatan FOMEMA asal (4 helaian) atau salinan laporan polis jika borang 4 helaian hilang.
Original FOMEMA medical examination form (4 ply) or a copy of police report if the 4 ply form is lost.
- Salinan Pasport : a) Muka surat butiran diri pekerja b) Muka surat permit kerja (jika ada).
Photocopy of the passport : a) Foreign worker's details page b) Work permit page (if available).
- Draf Bank / Kiriman Wang / Wang Pos atas nama FOMEMA SDN. BHD. (RM20.00 setiap pekerja).
Bank Draft / Money Order / Postal Order payable to FOMEMA SDN.BHD.(RM20.00 for each worker).

Tarikh Permohonan / Date of Request : _____

Nama Majikan / Agensi / Syarikat : _____
Employer's / Agency's / Company's Name

No. Telefon / Telephone No. : _____

Saya / Kami memohon untuk menukar klinik bagi _____ (Bilangan Pekerja) pekerja asing. Permohonan pertukaran klinik adalah disebabkan / *We wish to change the clinic for _____ (No. of Foreign Workers). Application to change clinic is due to _____*

NAMA PEKERJA WORKER'S NAME	KOD PEKERJA WORKER'S CODE	NO. PASPOT PASSPORT NO.	BUTIRAN KLINIK SEMASA (Nama Klinik, Nama Doktor dan Alamat Klinik) CURRENT CLINIC'S DETAILS (Name of Clinic, Doctor's Name and Clinic's Address)	BUTIRAN KLINIK YANG DIPOHON (Nama Klinik, Nama Doktor dan Alamat Klinik) REQUESTED CLINIC'S DETAILS (Name of Clinic, Doctor's Name and Clinic's Address)

Saya / Kami dengan ini mengesahkan bahawa semua maklumat dan dokumen yang diberikan adalah sah, benar dan lengkap. Saya / Kami faham dan bersetuju dengan terma-terma dan syarat-syarat yang dinyatakan di atas. / *We hereby confirm that all information and documents that have been submitted are valid, true and complete. The requested clinic / doctor have been selected by me / us. I / We understand and agree with the terms and conditions as stated above.*

Dilampirkan bersama adalah bayaran sebanyak RM _____ No. Draf Bank / Kiriman Wang / Wang Pos _____ untuk permohonan di atas.
Enclosed herewith is the payment of RM _____ Bank Draft / Money Order / Postal Order No. _____ for the above request.

Terima kasih / Thank you.

Nama / Name : _____

Tandatangan / Signature : _____

No. Kad Pengenalan atau No. Pasport / : _____
I.C No. or Passport No.

For Office Use :

Updated by : _____

Date : _____

Branch : _____

Remarks : _____