



PUSAT PENGAJIAN SAINS PERGIGIAN
UNIVERSITI SAINS MALAYSIA
KAMPUS KESIHATAN, KELANTAN

BORANG PESANAN TELEFAKS

No. Telefaks: _____ Negeri: _____

Nama Pengirim: _____

Jabatan/Pusat Pengajian/Persendirian: _____ Samb.: _____

C. MESTI DIISI JIKA PESANAN RASMI

No. Akaun Peruntukan/Vot: _____

Tandatangan Timbalan Dekan/P.Pendaftar: _____

Tarikh: _____

D. MESTI DIISI JIKA PESANAN PERSENDIRIAN

No. Kakitangan: _____

Jika cubaan hantaran faks pertama gagal, saya setuju bayaran tambahan akan dikenakan untuk:

- | | | |
|----|---|--------------------------|
| 1. | Cubaan hantaran yang kedua kali sahaja | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Cubaan hantaran tidak lebih daripada 5 kali sahaja | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Cubaan hantaran lebih dari 5 kali atau sehingga berjaya | <input type="checkbox"/> |

Tandatangan Pemohon: _____ Tarikh: _____



USM

UNIVERSITI SAINS MALAYSIA

SCHOOL OF DENTAL SCIENCES
HEALTH CAMPUS
UNIVERSITI SAINS MALAYSIA
16150 KUBANG KERIAN, KELANTAN
MALAYSIA

TEL : 09-7675511, 5522, 5513, 5514, 5520, 5530, 5700

FAX-09-7675505

FAX

To : _____

Tel. No : _____

Attention : _____

Fax No : _____

CC : _____

No. of Pages : _____

From : _____

Tel. No : _____

Description :