



**PUSAT PENGAJIAN SAINS PERGIGIAN**  
**SCHOOL OF DENTAL SCIENCES**

Tarikh :

Timbalan Bendahari  
 Caw. Jabatan Bendahari  
 Universiti Sains Malaysia  
 Kampus Kesihatan Kelantan

**SENARAI NAMA PENERIMA SAGUHATI PESAKIT**

**NAMA PROJEK** : \_\_\_\_\_  
**NO. AKAUN PROJEK** : \_\_\_\_\_  
**BUTIR-BUTIR BAYARAN** : \_\_\_\_\_

Bil.	Nama Pesakit	No.Kad Pengenalan	No. Pendaftaran Pesakit	Jumlah (RM)	T.Tangan Pesakit (Akuan Terima)
1					
2					
3		(LAMPIRAN)			
4					
5					
				<b>JUMLAH</b>	

(Sila sediakan lampiran jika perlu)

TANDATANGAN PEMBAYAR : \_\_\_\_\_ TANDATANGAN SAKSI : \_\_\_\_\_  
 NAMA PEMBAYAR : \_\_\_\_\_ NAMA SAKSI : \_\_\_\_\_  
 TARIKH : \_\_\_\_\_ TARIKH : \_\_\_\_\_

Saya mengesahkan bahawa bayaran saguhati tersebut adalah benar dan telah disempurnakan seperti diatas. Sila urus bayaran balik bagi jumlah diatas nama \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ kad pengenalan \_\_\_\_\_

(Nyatakan jika perlu)

TANDATANGAN PENYELARAS : \_\_\_\_\_  
 NAMA PENYELARAS : \_\_\_\_\_  
 JABATAN : \_\_\_\_\_  
 TARIKH : \_\_\_\_\_

**DILULUSKAN / TIDAK DILULUSKAN**

TANDATANGAN KETUA JABATAN/DEKAN : \_\_\_\_\_  
 NAMA : \_\_\_\_\_  
 COP JABATAN : \_\_\_\_\_  
 TARIKH : \_\_\_\_\_