

(Hendaklah diisi dalam 2 salinan jika terdapat kerusakan/perselisihan)

HOSPITAL CANSELOR TUANKU MUHRIZ

Alamat Pembekal :

No. Faks :

Pegawai Penerima

Nama :-

Jawatan :-

Tarikh :-

Ketua Jabatan

Tandatangan :-

Nama :-

Jawatan :-

Tarikh :-