

No. ND : \_\_\_\_\_



UNIT REKOD PERUBATAN  
HOSPITAL UNIVERSITI SAINS MALAYSIA  
Kampus Kesihatan, Jalan Raja Perempuan Zainab II  
16150 Kubang Kerian, KELANTAN  
No. Tel. : 09 – 767 3160 / 3167 No. Faks : 09 – 767 3155

### BORANG PERMOHONAN NOTA DISCAJ

Tujuan :		
<b>Maklumat Pemohon</b>		
Nama Pemohon :		Tel :
Alamat :		
<b>Maklumat Pesakit</b>		
Nama Pesakit :		
No. Kad Pengenalan / No. Surat Kelahiran / No. Pasport :		
No. Pendaftaran HUSM :		
Tarikh Masuk :	Tarikh Keluar :	Wad :
<b>Bayaran Nota Discaj</b>		
Bayaran Tunai : RM _____ (Sila pastikan resit diterima setelah pembayaran dilakukan)		
<b>Keizinan mengeluarkan Maklumat</b>		
<p>Saya _____ No. K/P @ Pasport _____ dengan ini memberi keizinan kepada pihak Hospital Universiti Sains Malaysia dan stafnya mengeluarkan maklumat yang dipohon kepada pemohon di atas. Saya dengan ini juga melepaskan pihak Hospital Universiti Sains Malaysia dan stafnya dari sebarang tindakan perundangan yang mungkin berkait dari keizinan yang diberi.</p> <p><b>Tandatangan Pesakit/ Penjaga/ Waris*</b></p> <p>_____</p> <p><i>*Waris adalah saudara terdekat iaitu ibu, bapa, anak, suami, isteri, datuk, nenek atau adik-beradik kepada pesakit.</i></p>		
<p>_____</p> <p>(Tandatangan Pemohon)</p> <p>No. K/P : _____</p> <p>Tarikh : _____</p>		<p><b>Untuk Kegunaan Pejabat:</b></p> <p>_____</p> <p>(Tandatangan Staf Yang Mendaftar)</p> <p>No. Staf : _____</p> <p>Tarikh : _____</p>

PERMOHONAN NOTA DISCAJ