KOPERASI PEGAWAI KERAJAAN DAERAH JOHOR BAHRU BERHAD

TINGKAT 3, BANGUNAN KERJASAMA, JALAN DHOBY, 80000 JOHOR BAHRU, JOHOR
NO. TEL : 07-2232201 / 07-2230201, FAX : 07-2242933, EMAIL : mail@koopjb.my

SKIM TABARRU'

BORANG PERMOHONAN DERMA KEMASUKAN WAD/HOSPITAL

☐ Permohonan Baru

Sumbangan Bulanan : RM ☐☐

BAHAGIAN A : MAKLUMAT PERIBADI (Untuk Diisi Oleh Pemohon)

Nama *(seperti di Kad Pengenalan)*

No. Kad Pengenalan

Tarikh Lahir

Jantina

☐ Lelaki

☐ Perempuan

Umur Persaraan

No. Anggota

Taraf Perkahwinan

☐ Bujang

☐ Berkahwin

Lain-lain _____

Bilangan Anak ☐☐

Bangsa

☐ Melayu

☐ Cina

☐ India

Lain-lain _____

Alamat Kediaman

Poskod

BAHAGIAN B : PEWARIS / PENAMA

Nama

No. Daftar Masuk

No. Wad

Tempoh Berada di Hospital ☐☐ hari, dari hingga

PERAKUAN PEMOHON

Saya dengan ini mengaku bahawa segala butiran yang diberikan adalah benar.

_____

Tandatangan Anggota

Tarikh

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT

Tahun Penyertaan

Faedah Maksimum RM Sehari

Bil. Hari Dituntut RM

Tuntutan Terdahulu RM

Rujukan

Kelayakan Tahunan RM

Baki Derma Tahun RM

Disemak oleh : _____

Tarikh

Tahun Tuntutan

Jadual Penyertaan ke

Amaun diluluskan RM

Diluluskan oleh : _____

Pengerusi/Setiausaha/Bendahari

Cop Jawatan :

Tarikh