

BORANG PERALATAN KESIHATAN



- AHLI PERBEKAS** No. Ahli []
 AHLI PEJASMA No. Ahli []
 ORANG AWAM

BUTIR - BUTIR DIRI (*Wajib Diisi)

Nama Penuh*		
Alamat		
Bandar*	Poskod*	Negeri*
No. Telefon*	Email (Jika Ada)	

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT SAHAJA

No. Siri
LTB-EQC []
Disahkan Oleh
Tandatangan
Tarikh

***PENERIMA :** Ahli PERBEKAS atau PEJASMA / Orang awam yang memerlukan sumbangan peralatan kesihatan.

***PENDERMA :** Ahli PERBEKAS atau PEJASMA / Orang awam yang memiliki peralatan kesihatan dan ingin menyumbang peralatan kesihatan tersebut.

PENERIMA

SENARAI PERALATAN KESIHATAN YANG DI PERLUKAN (*Sila tanda pada semua yang berkenaan).

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kerusi Roda | <input type="checkbox"/> Nebulizer |
| <input type="checkbox"/> Tilam Bubble | <input type="checkbox"/> Katil Hospital |
| <input type="checkbox"/> Oksimeter | <input type="checkbox"/> Termometer |
| <input type="checkbox"/> Tongkat | |
| <input type="checkbox"/> Peti Pertolongan Cemas | |
| <input type="checkbox"/> Monitor Tekanan Darah | |

Lain - Lain (Sila nyatakan):

- _____

PENDERMA

SENARAI PERALATAN KESIHATAN YANG DI DERMAKAN (*Sila tanda pada semua yang berkenaan).

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Kerusi Roda |
| <input type="checkbox"/> Tongkat |
| <input type="checkbox"/> Katil Hospital |
| <input type="checkbox"/> Sumbangan Tunai [RM _____] |
| Bayaran Tunai [] (No. Resit:) |
| Melalui Online [] (No. Siri/Ruj:) |
| Melalui Cek Tempatan [] (No. Siri Cek:) |

Lain - Lain (Sila nyatakan):

- _____

TANDA TANGAN

Saya dengan ini mengakui bahawa butir - butir yang diberikan di atas adalah benar:

Tandatangan	Nama	
	No. Kad Pengenalan	Tarikh



Untuk maklumat lanjut, sila berhubung ke:

PEJABAT URUSAN EQCARE
33 - 1, Jalan BPU 2, Bandar Puchong Utama,
47100 Puchong, Selangor

No. Tel: +603-2935 9365 / +6011 5418 3312 (WhatsApp Only)

