

1	NAMA PEGAWAI	:	_____
2	NO. KAD PENGENALAN	:	_____
3	JAWATAN	:	_____
4	GRED JAWATAN	:	_____
5	TARIKH PEWARTAAN PAKAR	:	_____
6	UNIT/TEMPAT BERTUGAS	:	_____
7	NO. GAJI	:	_____
8	NO. TELEFON & SAMB.	:	_____
9	NO. TELEFON BIMBIT	:	_____
10	E-MEL	:	_____
11	NO. AKAUN BANK	:	_____
12	NAMA & CAWANGAN BANK	:	_____

**KENYATAAN TUNTUTAN BAYARAN INSENTIF KLINIK RAWATAN PESAKIT SELEPAS WAKTU
PEJABAT (KRPSWP)**

[illegible]

**JUMLAH BAYARAN INSENTIF KERJA SELEPAS WAKTU PEJABAT (BIKSWP) BAGI PEGAWAI
PERUBATAN**

Jam Tuntutan	Kadar Sejam (RM)	Jumlah Tuntutan (RM)
	80.00	

BAHAGIAN C : PENGESAHAN PEGAWAI YANG MENUNTUT

Dengan ini saya mengesahkan bahawa Tuntutan Bayaran Insentif Klinik Rawatan Pesakit Selepas Waktu Pejabat adalah betul dan telah dilaksanakan oleh saya.

Tarikh: _____

Tandatangan & Cop Pegawai

BAHAGIAN D : PENGESAHAN KETUA JABATAN

Dengan ini saya mengesahkan bahawa pegawai telah menjalankan tugas di Klinik Rawatan Pesakit Selepas Waktu Pejabat dan telah menjalankan tugasnya seperti tuntutan tersebut. Tuntutan dan dokumen yang disertakan adalah betul.

Tarikh: _____

Tandatangan & Cop Ketua Jabatan

BAHAGIAN E : SENARAI SEMAK

1. Borang Tuntutan KRPSWP
2. Jadual Tugas KRPSWP
3. Kad Perakam Waktu / Buku Daftar Kedatangan yang disahkan.
4. Pengesahan Ketua Jabatan pada dokumen sokongan
