



**BORANG RAWATAN PERUBATAN
MS ISO 9001 : 2015**

Tarikh :

A. RAWATAN PERUBATAN			
<p>Pembawa surat ini, Encik/Puan/Cik adalah suami / isteri / anak kepada Kakitangan Sedcovest Holdings Sdn Bhd Encik / Puan / Cik yang mana memerlukan rawatan perubatan dari klinik tuan, Sedcovest Holdings Sdn Bhd bertanggungjawab ke atas segala pembayaran rawatan dan perubatan sahaja.</p>			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">b.p Pengurus Besar</td> <td style="width: 33%; text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">Cop/Stamp Syarikat</td> <td style="width: 33%; text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">Tandatangan Pemohon</td> </tr> </table>	b.p Pengurus Besar	Cop/Stamp Syarikat	Tandatangan Pemohon
b.p Pengurus Besar	Cop/Stamp Syarikat	Tandatangan Pemohon	

B. PENGESAHAN DOKTOR		
<p>Ruj. Kami : _____ Tarikh : _____</p> <p>Alamat Klinik : _____</p> <p>Saya telah memeriksa penama, Encik / Puan / Cik _____ dan mendapati Penama dapat / tidak dapat berkerja serta menyokong memberi cuti sakit selama _____ hari Mulai _____ hingga _____.</p>		
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">Tandatangan Doktor</td> <td style="width: 50%; text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">Cop Rasmi Klinik / Hospital</td> </tr> </table>	Tandatangan Doktor	Cop Rasmi Klinik / Hospital
Tandatangan Doktor	Cop Rasmi Klinik / Hospital	

LOT S1 & S2 LEVEL 4 (3RD FLR) WISMA SEDCO, COASTAL HIGHWAY
PETI SURAT 13228, 88837 KOTA KINABALU
TEL: 088-266451/452,265458,258454 FAX : 088-259604

Tarikh Kemaskini Terakhir : 29 .03.2018