FOMEMA

PROGRAM PEMUTIHAN (6P) / AMNESTY PROGRAMME
BORANG PENDAFTARAN PEMERIKSAAN PERUBATAN PEKERJA ASING
FOREIGN WORKER'S MEDICAL EXAMINATION REGISTRATION FORM

BAYARAN PENDAFTARAN / *PAYMENT FOR REGISTRATION*

- RM 190 (perempuan) atau RM 180 (lelaki) dalam bentuk Draf Bank, Kiriman Wang, Wang Pos atau CIMB Clicks atas nama FOMEMA SDN. BHD.
  RM 190 (female) or RM 180 (male) in the form of Bank Draft, Money or Postal Order or CIMB Clicks payable to FOMEMA SDN. BHD.
- Bayaran pendaftaran ***TIDAK AKAN DIKEMBALIKAN***. *Payment for registration is* ***NON REFUNDABLE.***
- Pemeriksaan kesihatan mesti dijalankan dalam tempoh **10 hari dari tarikh pendaftaran**. *The Medical Examination must be done* ***within 10 days from the date of registration***.

SILA BAWA DOKUMEN-DOKUMEN BERIKUT / *PLEASE BRING THE FOLLOWING DOCUMENTS*

1. Dokumen asal / *Original document*
i. Pasport asal / *Original passport*

2. Dokumen salinan / *Photocopy documents*
i. Pasport (Mukasurat butiran diri pekerja) /
Passport (Foreign Worker's details page)
ii. Salinan Surat Kelulusan KDN / *Photocopy of* KDN Approval Letter

Tarikh kelulusan KDN di Malaysia / *Date of KDN approval in Malaysia*
D D - M M - Y Y Y Y

A. BUTIRAN PEKERJA / *WORKER'S DETAILS*

1. **Nama Pekerja Mengikut Pasport /**
Worker's Name according to the Passport

2. **Nombor Pasport / *Passport Number***

3. **Jantina / *Gender*** ☐ Lelaki / *Male* ☐ Perempuan / *Female* **4. Tarikh Lahir / *Date of Birth*** ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

5. **Negara Asal / *Country Of Origin***

6. **Sektor / *Sector*** ☐ Pembantu Rumah / *Domestic* ☐ Perkhidmatan / *Service* ☐ Perkilangan / *Manufacturing*
☐ Perladangan / *Plantation* ☐ Pertanian / *Agriculture* ☐ Pembinaan / *Construction*

B. BUTIRAN MAJIKAN / *EMPLOYER'S DETAILS*

1. **Nama Syarikat / Nama Majikan**
Company's Name / Employer's Name

2. **No. Pendaftaran Syarikat / No. Kad Pengenalan Majikan**
Company Registration No. / Employer's IC No.

3. **Alamat Syarikat / Majikan**
Company / Employer's Address

4. **Poskod**
Postcode

5. **Daerah**
District

6. **Negeri / State**

7. **No. Telefon / *Tel No.***

8. **No. Faks / *Fax No.***

9. **Kod Majikan / Employer*'s Code*** (jika ada / *if any*) E

C. DOKTOR YANG DIPILIH OLEH MAJIKAN / *SELECTION OF DOCTOR BY THE EMPLOYER*

Untuk kegunaan FOMEMA /

1. **Nama Klinik / *Clinic Name***
Kod Doktor / *Doctor's Code* D

2. **Nama Klinik / *Clinic Name***
Kod Doktor / *Doctor's Code* D

3. **Nama Klinik / *Clinic Name***
Kod Doktor / *Doctor's Code* D

For FOMEMA use

PENGESAHAN PENDAFTARAN / *ACKNOWLEDGEMENT OF REGISTRATION* (TANDAKAN "√" / *TICK "√"*)

NOMBOR RESIT / *RECEIPT NO.*

Saya / Kami / *I / We*
☐ **Majikan / *Employer***
☐ **Pekerja atau wakil syarikat / *Company Employee or Authorised Representative***
☐ **Agensi Pekerjaan / *Employment Agency***
☐ **Pendaftar Bebas / *Freelance Agent***

Saya / Kami dengan ini mengesahkan bahawa semua maklumat dan dokumen yang diberikan bagi permohonan ini adalah sah, benar dan lengkap. Permohonan klinik / doktor di atas adalah pilihan saya / kami. Saya / Kami faham dan bersetuju dengan terma-terma dan syarat-syarat yang dinyatakan di atas. *I / We hereby confirm that all the information and documents given are valid, true and complete. The requested clinic / doctor has been selected by me / us. I / We understand and agree with the terms and conditions as stated above.*

1. **Nama / *Name*:** _____
2. **Tandatangan / *Signature* :** _____
3. **Jawatan / *Designation* :** _____
4. **No. Telefon / *Tel No.* :** _____
5. **No. Kad pengenalan atau No. Pasport / *IC. No or Passport No.*:** _____
6. **Tarikh / *Date*:** _____
7. **Cop syarikat / *Company stamp*:**

UNITAB MEDIC SDN.BHD.(312291-X)
(Formerly known as Pantai FOMEMA & Systems Sdn. Bhd.)Lot G1-G10, Level 3, Block G (Central), Pusat Bandar Damansara, Damansara Heights, 50490 Kuala Lumpur.
Tel: 03-2094-6188 Fax: 03-2092-5610 www.fomema.com.my