PENYATA TUNTUTAN BAYARAN INSENTIF KLINIK SELEPAS WAKTU PEJABAT (BIKSWP) BAGI PEGAWAI PERUBATAN
BAGI BULAN : TAHUN :

NAMA PEGAWAI : _____
NO. KAD PENGENALAN : _____
JAWATAN : _____
GRED / KATEGORI : _____
NO. GAJI : _____
UNIT : _____
HOSPITAL : HOSPITAL BINTULU

KENYATAAN TUNTUTAN BAYARAN INSENTIF KLINIK SELEPAS WAKTU PEJABAT (BIKSWP)			
TARIKH	**MASA**		**JUMLAH JAM**
	DARIPADA	**HINGGA**	

_____ jam X bayaran insentif Klinik Rawatan Pesakit Selepas Waktu Pejabat. KRPSWP (RM80.00 sejam) **Jumlah = RM**

Dikemukakan juga dokumen berikut untuk menyokong tuntutan bayaran insentif Klinik Rawatan Pesakit Selepas Waktu Pejabat.

i. Jadual tugas kerja KRPSWP
ii. Salinan Kad Perakam Waktu / Buku Daftar Kakitangan

Dengan ini saya mengesahkan bahawa tuntutan bayaran insentif Klinik Rawatan Pesakit Selepas Waktu Pejabat seperti maklumat disediakan adalah betul dan telah dilaksanakan oleh saya.

Tarikh : _____ _____
(Tandatangan Pegawai Perubatan)

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

_____ _____
(Tandatangan Ketua Jabatan) (Tandatangan Pengarah Hospital)

Tarikh : _____ Tarikh : _____