

**PENYATA TUNTUTAN BAYARAN INSENTIF RAWATAN PESAKIT
SELEPAS WAKTU PEJABAT (BIKSWP) BAGI PEGAWAI PERUBATAN**

BULAN _____ TAHUN _____

BAHAGIAN A : MAKLUMAT PEGAWAI YANG MENUNTUT

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

BAHAGIAN B : BUTIRAN TUNTUTAN

**KENYATAAN TUNTUTAN BAYARAN INSENTIF RAWATAN PESAKIT
SELEPAS WAKTU PEJABAT (BIKSWP) BAGI PEGAWAI PERUBATAN**

TARIKH	MASA		JUMLAH JAM
	DARI	HINGGA	
JUMLAH KESELURUHAN JAM			

**JUMLAH BAYARAN INSENTIF RAWATAN PESAKIT
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 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 pegawai ini dikehendaki menjalankan tugas 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 BIKSWP
2. Salinan Jadual BIKSWP
3. Salinan Kad Perakam Waktu
4. Pengesahan Ketua Jabatan pada dokumen sokongan
