



MDBG

**BAHAGIAN PELESENAN  
JABATAN KESIHATAN AWAM DAN PERKHIDMATAN PERBANDARAN  
MAJLIS DAERAH BATU GAJAH  
JALAN HAJI ABDUL WAHAB,  
31000 BATU GAJAH.**

**BORANG PERMOHONAN TUNTUTAN WANG CAGARAN**

**Borang / MDBG / JP - 13**

No. Telefon	05-3632020-3632030
No. Fax	05-3665930
E-mail	pelesenan@mdbg.gov.my

**Sila tandakan ( ✓ ) yang berkenaan**

1. Nama Pemohon : \_\_\_\_\_
2. Nama Perniagaan : \_\_\_\_\_
3. Alamat Perniagaan : \_\_\_\_\_
4. No. Telefon Bimbit / Rumah Pemohon : \_\_\_\_\_
5. Lokasi Pameran : \_\_\_\_\_
6. No. Rujukan Fail : \_\_\_\_\_
7. Jumlah Tuntutan Cagaran : \_\_\_\_\_
8. No. Resit Bayaran : \_\_\_\_\_
9. Sebab-sebab Tuntutan Wang Cagaran : \_\_\_\_\_

Tamat Perniagaan

Pindah Perniagaan

Lain-lain (nyatakan)

---

---

---

---

10. Salinan Kad Pengenalan / Perakuan Pendaftaran Syarikat (SSM)
11. Salinan Penyata Nombor Akaun Bank dan Nama Bank
12. Nombor E-mail : .....

Saya mengesahkan bahawa segala maklumat yang diberikan adalah benar belaka.

\_\_\_\_\_  
Tandatangan

\_\_\_\_\_  
Tarikh:

**PERMOHONAN TUAN/PUAN TIDAK AKAN DITERIMA SEKIRANYA DOKUMEN YANG  
DILAMPIRKAN TIDAK LENGKAP ATAU TIDAK MEMENUHI SEMUA KEPERLUAN DI ATAS.**

COP PENERIMAAN JABATAN

---

---

---

---

**UNTUK KEGUNAAN PEJABAT**

<b>BIL.</b>	<b>PERKARA</b>	<b>TANPAKAN (√)</b>	<b>CATATAN</b>
1.	Resit Asal Bayaran		
2.	Tiada Tunggakan Pembayaran		
3.	Iklan Telah Diturunkan		
4.	Lain-lain (sila nyatakan)		

Perakuan Pembantu Tadbir Kanan / Pembantu Kesihatan Awam,

---



---



---



---

Tandatangan : .....

Tarikh : .....

Permohonan Tuntutan Wang Cagaran \* telah disemak dan mematuhi/tidak mematuhi\* syarat-syarat yang telah ditetapkan dan saya dengan ini menyokong/tidak menyokong\* permohonan ini untuk tindakan selanjutnya.

Sekian, terima kasih.

.....

Tarikh : .....

**PENOLONG PEGAWAI KESIHATAN PERSEKITARAN  
BAHAGIAN PELESENAN  
JABATAN KESIHATAN AWAM DAN PERKHIDMATAN PERBANDARAN  
MAJLIS DAERAH BATU GAJAH**