BAHAGIAN KESIHATAN PERGIGIAN SELANGOR
BORANG PRODUK TIDAK MEMENUHI KEPERLUAN (TMK)

NO TMK :

Tarikh dIkeluarkan :

Nama Klinik :

Dikeluarkan kepada :

A. BUTIR – BUTIR PRODUK TMK

…… ……..……
Nama /Tandatangan Penjawat Awam terlibat) Nama & Tandatangan Ketua Unit(KU)
Tarikh : Tarikh :

B. PUNCA TMK

……
Nama / Tandatangan KU Tarikh :

C. PEMBETULAN TMK

☐ **Lupus** ☐ **Pembaikan** ☐ **Buat semula** ☐ **Penggantian**

☐ **Lain – Lain (Sila nyatakan)……**

……..

Nama / Tandatangan KU Produk Memuaskan : Ya / Tidak

Tarikh :

D. TINDAKAN PEMBETULAN TMK

…… ……..
Nama/Tandatangan KU Diterima oleh PPYM/PPD
Tarikh : Tarikh :

E.VERIFIKASI KEBERKESANAN TINDAKAN PEMBETULAN TMK

……..
Nama & Tandatangan KWP / WP Laporan Ditutup : Ya / Tidak
Tarikh :