

**BAHAGIAN KESIHATAN PERGIGIAN JKWPKL & PUTRAJAYA
KRITERIA PEMILIHAN PEMBEKAL BAGI PEMBELIAN TERUS**

Nama Klinik:

Perihal perkhidmatan yang diperlukan :

Nama Syarikat Pembekal:

Sebab- Sebab Pemilihan :

1.
2.
3.
4.

Tandatangan Ketua Unit:

Nama:

Jawatan:

Tarikh: