

# KOPERASI PUSAT PERUBATAN UNIVERSITI MALAYA BERHAD

No. Anggota :

## PERMOHONAN MENJADI ANGGOTA UNDANG-UNDANG KECIL 11 DAN 54 (1)

Kepada ,

Setiausaha,  
Lembaga Pengarah,  
Koperasi Pusat Perubatan Universiti Malaya Berhad.

Tuan.

Saya ingin menjadi anggota Koperasi tersebut di atas.  
Butir - butir peribadi saya adalah seperti berikut :-

Nama penuh : \_\_\_\_\_ No. K/P Baru : \_\_\_\_\_  
(HURUF BESAR MENGIKUT KAD PENGENALAN)

No. K/P Lama: \_\_\_\_\_

Jantina : \_\_\_\_\_ Bangsa : \_\_\_\_\_ Sudah Kahwin / Bujang : \_\_\_\_\_ Tarikh Lahir : \_\_\_\_\_

Warganegara : \* Ya / Tidak Nama Bank : \_\_\_\_\_ No. Akaun : \_\_\_\_\_

Alamat Rumah : \_\_\_\_\_

Jawatan : \_\_\_\_\_ Unit/PTJ : \_\_\_\_\_ Tarikh Memegang Jawatan : \_\_\_\_\_

Gaji Pokok : \_\_\_\_\_ No. PKHU : \_\_\_\_\_ No. PTJ : \_\_\_\_\_ No. Samb : \_\_\_\_\_  
(Sila Sertakan Slip Gaji)

Saya bersetuju membayar **bayaran masuk** sebanyak RM 20.00 ( RM50.00 untuk **bekas Anggota**) dan saya akan membayar **Yuran Bulanan** sebanyak RM \_\_\_\_\_ dan Wang **Simpanan Bulan** (Specific Deposit) sebanyak RM \_\_\_\_\_ untuk satu atau lebih bagi sebab-sebab yang tertentu di dalam senarai di bawah Undang-undang Kecil 11. Saya dengan ini memberi kuasa kepada Pusat Perubatan Universiti Malaya untuk membuat potongan pada tiap-tiap bulan daripada gaji saya jumlah wang yang dituntut oleh Koperasi ini dan bayar wang tersebut kepada Koperasi ini. Saya bersetuju iaitu saya tidak akan membatalkan kuasa ini tanpa mendapat persetujuan Koperasi ini.

Mengikut Undang-Undang Kecil Koperasi 54 (1) setiap Anggota hendaklah melanggan sekurang-kurangnya **RM100/- Syer minimum** dan hendaklah dijelaskan sepenuhnya dan tidak boleh dikeluarkan kecuali keanggotaan ditamatkan. Setiap Anggota juga hendaklah mencarum sebanyak **RM2.00** sebulan untuk sumbangan **Tabung Khairat Kematian**.

Saya sekarang adalah seorang Anggota Koperasi yang berikut : \_\_\_\_\_

\* Saya dahulunya pernah menjadi Anggota Koperasi ini. (No. Anggota : \_\_\_\_\_ ) dan saya berhenti menjadi Anggota oleh sebab-sebab yang berikut : \_\_\_\_\_

Saya telah membaca serta faham Undang-undang Kecil Koperasi ini dan bersetuju mematuhi dan apa-apa perubahan dari masa ke semasa.

Tarikh

Tandatangan Pemohon

PENCADANG

PENYOKONG

Nama : \_\_\_\_\_

No. Anggota : \_\_\_\_\_

Jawatan dan Unit : \_\_\_\_\_

Tandatangan : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Potong mana-mana yang tidak berkenaan

**UNTUK KEGUNAAN PEJABAT SAHAJA**

Permohonan diluluskan/tidak diluluskan pada Mesyuarat Anggota Lembaga yang berlangsung pada

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Pengerusi**  
**Koperasi Pusat Perubatan Universiti Malaya Berhad**