



KOLEJ MARA SEREMBAN

SURAT KEBENARAN PEMBEDAHAN DAN PERKHIDMATAN RAWATAN BIUS

Program yang diikuti (seperti surat tawaran)

--

Pengarah,
Kolej MARA Seremban

Adalah dengan ini saya,

*Ibu / Bapa / Penjaga kepada pelajar

Nombor Kad Pengenalan

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

dengan ini memberi keizinan menyerahkan anak / jagaan saya untuk menjalani pembedahan yang mana keadaan dan tujuannya adalah menurut nasihat atau / dan kata putus pihak Hospital tempatan dan yang mana dipersetujui oleh Pengarah Kolej MARA Seremban atau wakilnya.

2. Saya juga memberi izin untuk sebarang langkah pembedahan selanjutnya atau yang lain sebagaimana yang didapati perlu bagi pembedahan tersebut di atas dan memberi Bius Umum, Pelali bahagian tempat atau lain-lain bagi apa-apa jua tujuan ini.
3. Saya faham tiada jaminan saya bahawa pembedahan itu akan dijalankan oleh mana-mana Pengarah Perubatan yang tertentu atau pun perkhidmatan rawatan bius akan dijalankan oleh mana-mana Pegawai Bius yang tertentu.

Yang benar,

.....
(Tandatangan Ibu / Bapa / Penjaga)

No. Kad Pengenalan *Ibu / Bapa / Penjaga :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tarikh :

SAKSI :

.....
(Tandatangan Saksi)

Tarikh

No. Kad Pengenalan Saksi :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--