



Persatuan Kawalan Infeksi & Penyakit Berjangkit Malaysia
Malaysian Society of Infection Control & Infectious Diseases

No Pendaftaran PPM-034-10-18062020

BORANG PENDAFTARAN KEAHLIAN (MEMBERSHIP REGISTRATION FORM)

Butiran pemohon

Applicant details

Nama <i>Name</i>	
Nombor Kad Pengenalan <i>Identity card number</i>	
Alamat Surat Menyurat <i>Postal Address</i>	
Nombor Telefon Bimbit <i>Mobile Telephone Number</i>	
Nombor Telefon Pejabat <i>Office Telephone Number</i>	
Alamat e-mel <i>E-mail address</i>	
Pekerjaan/Jawatan <i>Occupation</i>	
Tempat Bekerja/Institusi <i>Place of Work/Institution</i>	
Kelulusan akademik / Professional <i>Academic / Professional Qualification</i>	
Minat/Bidang Pengkhususan <i>Field of Interest/ Speciality</i>	

Terma dan syarat

- Permohonan keahlian tidak lengkap tanpa bukti pembayaran
- Ahli yang berhutang yuran tahunan selama lebih 2 tahun akan hilang keistimewaan/hak sebagai ahli dan diberi notis oleh setiausaha persatuan
- Ahli yang membiarkan hutang yuran tahunan selama lebih 3 tahun akan lucut keahliannya.
- Jawatankuasa persatuan berhak menentukan yuran penyertaan semula bagi ahli yang lucut keahlian kerana hutang yuran keahlian

Terms and conditions

- Membership application is incomplete with no proof payment received
- Members in arrear of 2 years will forfeit rights and receive notice from secretary
- Members in arrears of 3 years will have their membership revoked.
- Additional fee for reinstatement will apply at the purview of the board.



Persatuan Kawalan Infeksi & Penyakit Berjangkit Malaysia
Malaysian Society of Infection Control & Infectious Diseases

No Pendaftaran PPM-034-10-18062020

Borang Bayaran Menjadi Ahli Persatuan
(Payment Form for Membership)

Sila tanda () di mana yang berkenaan
Please tick () where appropriate

YURAN MASUK : RM50.00
Entrance Fee

YURAN TAHUNAN KEAHLIAN BIASA : RM50.00
Annual Fee for Ordinary Member

YURAN KEAHLIAN SEUMUR HIDUP : RM250.00
Lifetime Membership Fee

Saya, _____ dengan ini serta wang tunai/cek bernombor* _____
sebanyak RM _____ sebagai bayaran yuran masuk dan yuran tahun _____.

I, _____ with this form will include cash/cheque numbered* _____
for the amount of RM _____ as payment of entrance and annual fees for the year _____.

Tandatangan / Signature

Tarikh / Date

Pembayaran boleh dibuat melalui Cek, Tunai atau pembayaran atas talian Electronic Fund Transfer (EFT). Cek hendaklah dibayar kepada "Persatuan Kawalan Infeksi dan Penyakit Berjangkit Malaysia". Bagi pembayaran secara tunai dan EFT, sila emel salinan resit/slip transaksi dengan nama anda, bersama borang pendaftaran yg lengkap kepada setiausaha MyICID.

Payment can be made via Cheque, Cash deposit or Electronic Fund Transfer (EFT). Cheque should be made payable to "Persatuan Kawalan Infeksi dan Penyakit Berjangkit Malaysia". For cash deposit or EFT, please e-mail the copy of the transaction slip/receipt with your name, attached together with the completed registration form.

Account Name : Persatuan Kawalan Infeksi dan Penyakit Berjangkit Malaysia
Bank Name : Public Bank Berhad
Branch : Sungai Buloh
Account Number : 3219166434

Setiausaha, MyICID
C/O Unit Penyakit Berjangkit, Jabatan Perubatan Hospital Sungai Buloh,
Jalan Hospital Sungai Buloh
47000 Sungai Buloh, SELANGOR
Email: MyICID1@gmail.com

For official use,
Application processed date:

Membership no.: