BORANG PESANAN PEMBELIAN
PURCHASE ORDER FORM

كمنترين كصيحتن
MINISTRY OF HEALTH
BRUNEI DARUSSALAM

A. Keterangan Barangan / *Goods Details*

Barangan / *Item*	**ANTIGEN RAPID TESTKIT (ARTs)**
Jenama / *Brand*	**INNOVITA**

B. Keterangan Syarikat / *Company Details*

Nama Syarikat Berdaftar / *Registered Company Name*	
Alamat Syarikat / *Company Address*	
Nama Kedai / *Retail Shop Name*	

C. Maklumat Perhubungan / *Contact Details*

Nama Pengurus / *Manager Name*	
Nombor Telefon / *Telephone Number*	
Alamat e-mel / *e-mail Address*	

D. Pesanan Pembelian / *Purchase Order*

Harga Borong / *Wholesale Price* (BND/kit)	BND8.50 seunit / *per unit*
Jumlah Kuantiti Pesanan* / *Quantity Ordered**	
*Nota: jumlah pesanan minima adalah 1,000 unit / **Note: minimum order quantity is 1,000 units*	

E. Persetujuan / *Approval*

Had Harga Runcit / Retail Price Cap (BND/kit)	BND10.00 seunit / *per unit*
Terma dan Syarat / *Terms and Conditions*	☐ Syarikat kami bersetuju bagi menjual barangan yang tersebut diatas tidak melebihi had harga runcit yang dibenarkan oleh Kementerian Kesihatan / *Our company agrees to sell the abovementioned goods not exceeding the allowed retail price cap set by Ministry of Health.*
i) Tandatangan / *Signature &* ii) Cap Syarikat / *Company Stamp*	i) ii)
Nama / *Name*	
Tarikh / *Date*	

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT / *FOR OFFICE USE*	
Jumlah Nilai / *Value* (BND)	
Jenis Pembayaran / *Payment Type*	☐ Tunai *(Cash)* | ☐ Kad Debit/Kredit *(Debit/Credit Card)* ☐ Cek *(Cheque)* :
Tarikh Pembayaran / *Payment Date*	
Nombor Resit / *Receipt Number*	