CYC-WALK 2018
SEMPENA ULANG TAHUN KE-20 HOSPITAL PMMPMHAMB

TARIKH 28 OKTOBER 2018
BERTEMPAT DI KAWASAN LETAK KERETA HOSPITAL PMMPMHAMB, TUTONG

NO BIL : .....
NO K/P :.....

MAKLUMAT PESERTA

NAMA:

NO KAD PENGENALAN/PASSPORT:

WARNA (Sila Tandakan): Kuning ☐ Ungu ☐ Hijau ☐

JANTINA: Lelaki ☐ Perempuan ☐

EMEL:

JENIS DARAH:

TARIKH LAHIR:

NO TELEFON:

KERAKYATAN:

UMUR:

SAIZ BAJU (Sila Tandakan ✓):

2XS	XS	S	M	L	XL	2XL

Saiz Lainnya (sila nyatakan saiz diperlukan): **Saiz:_____**

***** Tambah $1.00 bagi saiz 6XL ke atas.**

PENGAMBILAN BAJU: **HOSPITAL PMMPMHAMB, TUTONG (23/10/2018 – 24/10/2018, 9 pagi hingga 3.30 petang)**

ACARA YANG DIPILIH: **FUN CYCLE** ☐ **FUN WALK** ☐

****YURAN PENYERTAAN: BND15.00 SEORANG***

ORANG YANG MUDAH DIHUBUNGI SEWAKTU KECEMASAN

NAMA:

NO TELEFON:

HUBUNGAN:

PENGAKUAN

Saya dengan ini menyertai dalam acara "***CYC-WALK 2018***" dengan risiko saya sendiri, saya tidak akan menyalahkan organisasi Hospital bagi apa-apa kemalangan/kecederaan/kehilangan harta benda mahupun sebelum, ketika ataupun selepas acara ini.

TANDATANGAN PESERTA: **TARIKH:**

……. ……/……/……

KEBENARAN IBU BAPA/PENJAGA UNTUK PESERTA DIBAWAH LINGKUNGAN UMUR 17 TAHUN:

NAMA & TANDATANGAN IBU BAPA/PENJAGA:

……

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT

PENGESAHAN BAYARAN: ***BND15.00 SAHAJA*** NO RESIT: TARIKH: / /

DITERIMA OLEH:

SEBARANG PERTANYAAN SILA HUBUNGI KAMI:

BAHAGIAN PENTADBIRAN, HOSPITAL PMMPMHAMB, TUTONG, KEMENTERIAN KESIHATAN

TELEFON: (673) **4260 720** ATAU (673**) 4260 721 EXT 213/503**

COLLECTION SLIP

REG NO:

RECEIPT NO:

T-SHIRT SIZE: 2XS / XS / S / M / L / XL / 2XL / Others: _____

**PLEASE BRING THIS SLIP ON THE COLLECTION DATE*