



**D. UNTUK KEGUNAAN FARMASI**

No. Siri Kad : DAC – 01 – H01 - \_\_\_\_\_

Tarikh Kad dikeluarkan : \_\_\_\_\_

Nama dan tandatangan :

Pegawai Farmasi

Cop Jawatan :

Tarikh :

**E. PENGESAHAN PENERIMAAN OLEH PESAKIT**Saya  pesakit / penjaganombor kad pengenalan  dengan ini telah menerima kad

alahan dan telah diberi penerangan sewajarnya berkaitan keperluan memaklumkan atau menunjukkan kad

alahan tersebut apabila berjumpa pegawai perubatan / pegawai farmasi / pegawai pergigian / anggota

kesihatan. Saya juga sedia maklum bahawa kad ini adalah sebagai makluman dan panduan sahaja dan ianya tidak

boleh digunakan untuk sebarang tujuan penyalahgunaan yang lain.

Tandatangan

Pesakit / Penjaga :

Tarikh :

Tandatangan dan cop

Pegawai Farmasi :

Tarikh :