



PERTUBUHAN HEMOFILIA MALAYSIA (ditubuhkan 1980)

HEMOPHILIA SOCIETY OF MALAYSIA (established 1980)

website: www.hsm.org.my email: connect@hsm.org.my

PERMOHONAN MENJADI AHLI APPLICATION FOR MEMBERSHIP

Setiausaha Kehormat
Pertubuhan Hemofilia Malaysia
D-S-5-06 Metropolitan Square
Block D, Office Suite
Jalan PJU 8/1, Damansara Perdana
47820 Petaling Jaya, Selangor

Saya ingin memohon menjadi Ahli Pertubuhan Hemofilia Malaysia mengikut pilihan berikut:
I would like to be a member of the Hemophilia Society of Malaysia as option below:

Keahlian <i>Membership</i>	Bayaran Masuk <i>Entrance Fee</i>	Bayaran Tahunan <i>Annual Fee</i>	Bayaran Penuh <i>Full Payment</i>	Jumlah Bayaran <i>Total Payment</i>	Pilihan <i>Option (✓)</i>
Ahli Biasa <i>Ordinary Member</i>	RM 10.00	RM 10.00	-	RM 20.00	
Ahli Seumur Hidup <i>Life Member</i>	RM 10.00	-	RM 150.00	RM 160.00	

Bersama-sama ini saya sertakan bayaran tunai /pemindahan perbankan atas talian berjumlah RM _____ sahaja
atas nama **Pertubuhan Hemofilia Malaysia**
Herewith is my cash/online banking transfer payment totalling RM _____ only payable to Hemophilia Society of Malaysia.

Berikut adalah matlumat-matlumat saya: / *The following are my particulars:*

Nama / Name (MyKad)

No. K.P Baru / New I.C. No.

Tarikh Lahir / DOB d d / m m / y y y y Jantina / Gender P / F ☐ L / M ☐

Alamat Surat Menyurat/Mailing Address

Poskod / Post Code Negeri / State

No. Telefon / Telephone No. H/P:

Emel / Email Pekerjaan / Occupation

Saya adalah penghidap: Haemophilia A ☐ Von Willebrand ☐

I am a person with: Haemophilia B ☐ Masalah Pendarahan Lain / Other Bleeding Disorder ☐

Atau / Or Ibu / Mother ☐ Bapa / Father ☐ Ahli Keluarga / Family Member ☐ Perawat / Treater ☐

Penyokong / Supporter ☐ kepada / to

Nama Pesakit / Name of Patient

.....
Tandatangan Pemohon / Signature of Applicant

.....
Tarikh / Date

For Office use only
Approve/Reject at EXCO meeting on

Receipt No: