

**PERMOHONAN MENCETAK SEMULA BORANG PEMERIKSAAN KESIHATAN FOMEMA
REQUEST FOR REPRINT OF FOMEMA MEDICAL EXAMINATION FORM**

Terma-Terma dan Syarat-Syarat / Terms and Conditions :

- Permohonan untuk mencetak semula borang pemeriksaan perubatan FOMEMA mesti dibuat dalam tempoh 30 hari dari tarikh pendaftaran / *Request for a reprint of the FOMEMA medical examination form must be made within 30 days from the date of registration.*
- Permohonan mencetak semula borang pemeriksaan perubatan FOMEMA tidak dibenarkan sekiranya pemeriksaan perubatan telah dijalankan ke atas pekerja asing. / *Request for a reprint of the medical examination form is not allowed if the medical examination had been carried out on the foreign worker.*
- Bagi pemeriksaan perubatan yang belum lengkap, permohonan mencetak semula borang pemeriksaan perubatan hanya dibenarkan pada bahagian yang berkenaan sahaja / *For incomplete medical examination, request for a reprint of the medical examination form is only allowed for the relevant section only.*

Dokumen-dokumen yang perlu dilampirkan / Documents to be attached :

- Surat pengesahan doktor menyatakan bahawa pemeriksaan perubatan masih belum dijalankan atau belum lengkap. *Doctor's confirmation letter that the medical examination has not been conducted or incomplete.*
- Kad Debit/Kredit (Visa & Mastercard) / Draf Bank / Kiriman Wang dibayar atas nama FOMEMA SDN. BHD. *(RM20.00 setiap pekerja). Debit/Credit Card (Visa & Mastercard) / Bank Draft / Money Order payable to FOMEMA SDN. BHD. *(RM20.00 per worker).
- Salinan pasport : a) Muka surat butiran diri pekerja asing b) Muka surat permit kerja (jika ada). *Photocopy of the passport : a) Foreign worker's details page b) Work permit page (if available).*

Tarikh permohonan / _____ : _____ No. Telefon / _____ : _____
Date of Request Telephone No.

Nama Majikan / Agensi / Syarikat _____ : _____
Employer's / Agency's / Company's Name

E-mel / E-mail _____ : _____

Saya / Kami memohon untuk mencetak semula borang pemeriksaan perubatan bagi _____ (Bilangan Pekerja) pekerja asing.
I / We request for a reprint of the medical examination form for (No. of Foreign Worker's) foreign worker's.

Permohonan mencetak semula borang pemeriksaan perubatan adalah disebabkan _____
Request to reprint the medical examination form is due to _____

| NAMA PEKERJA WORKER'S NAME | KOD PEKERJA WORKER'S CODE | NO. PASPORT PASSPORT NUMBER |
|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Saya / Kami dengan ini mengesahkan bahawa semua maklumat dan dokumen yang diberikan adalah sah, benar dan lengkap. Saya / Kami faham dan bersetuju dengan terma-terma dan syarat-syarat yang dinyatakan di atas. Saya/Kami telah membaca dan faham sepenuhnya Notis Pemrosesan Data Peribadi yang disertakan dengan borang ini dan dengan ini mengesahkan bahawa mana-mana orang yang data peribadinya diberikan di dalam borang ini dan semua dokumen-dokumen yang disertakan telah bersetuju bagi pemrosesan data peribadi beliau bagi tujuan pemeriksaan perubatan pekerja asing. / *We hereby confirm that all information and documents that have been submitted are valid, true and complete. I / We understand and agree with the terms and conditions as stated above. I/We have read and fully understand the Notice of Personal Data Processing as attached with this form and hereby confirm that any person whose personal data is given in this form and all attached documents has consented to the processing of his personal data for the purpose of medical examination of foreign worker.*

Dilampirkan bersama adalah bayaran sebanyak RM _____ No. Draf Bank / Kiriman Wang _____ untuk permohonan di atas.
Enclosed herewith is the payment of RM Bank Draft / Money Order for the above request.

Terima kasih / Thank you.

Nama / Name _____ : _____

Tandatangan _____ : _____
Signature

No. K.P / No. Pasport _____ : _____
I.C No. / Passport No.

For Office Use :

Updated by _____ : _____
Date _____ : _____

Branch _____ : _____

Remarks _____ : _____

Approved by _____ : _____
Date _____ : _____

NOTIS PEMROSESAN DATA PERIBADI

Tuan/Puan,

Kami dengan ini memberi notis kepada anda bahawa anda akan memberikan data peribadi anda kepada FOMEMA bagi tujuan pemeriksaan perubatan pekerja asing yang ingin mendapatkan pekerjaan di Malaysia. Kami ingin mengambil perhatian anda terhadap perkara-perkara berikut:-

1. Bahawa data peribadi anda yang dikehendaki untuk diberikan di dalam Borang Pendaftaran Pemeriksaan Perubatan Pekerja Asing adalah berhubungkait dengan pemeriksaan perubatan pekerja asing dan adalah perlu bagi proses pemeriksaan perubatan dan data peribadi anda akan diproses dan/atau diproses oleh FOMEMA bagi tujuan tersebut.
2. Bahawa data peribadi yang dikehendaki untuk diberikan oleh anda di dalam Borang Pendaftaran Pemeriksaan Perubatan Pekerja Asing adalah termasuk nama anda, butir-butir peribadi dan/atau nombor perhubungan.
3. Bahawa sebagai tambahan kepada data peribadi yang diberikan oleh anda di dalam Borang Pendaftaran Pemeriksaan Perubatan Pekerja Asing, FOMEMA juga akan memproses data peribadi yang diberikan oleh anda daripada sumber-sumber yang lain termasuk pasport, visa dengan rujukan atau permit (jika berkaitan) yang diberikan oleh anda kepada FOMEMA.
4. Bahawa anda mempunyai hak untuk meminta akses kepada dan untuk meminta pembedaan terhadap data peribadi anda yang diberikan kepada FOMEMA.
5. Bahawa anda boleh menghubungi Perkhidmatan Pelanggan FOMEMA di No. Tel. 03-2782 8777 No. Fax. 03-2782 9216 E-mel: cs@fomema.com.my bagi sebarang pertanyaan atau aduan berhubung dengan data peribadi anda.
6. Bahawa data peribadi anda tidak akan dizahirkan kepada mana-mana pihak ketiga melainkan kepada Kerajaan Malaysia melalui Kementerian Kesihatan dan Kementerian Dalam Negeri berkaitan dengan status kesihatan pekerja asing.
7. Bahawa anda mempunyai pilihan bagi menghadkan pemprosesan data peribadi anda oleh FOMEMA, termasuk data peribadi yang berhubungan dengan orang lain yang boleh dikenal pasti daripada data peribadi anda, dengan memaklumkan FOMEMA secara bertulis dengan menentukan had tersebut serta alasan-alasan bagi penghadan tersebut.
8. Bahawa ia adalah sukarela bagi anda untuk membekalkan data peribadi anda kepada FOMEMA tetapi data yang tidak lengkap boleh mengakibatkan pemeriksaan perubatan pekerja asing tidak dapat diproses.

Terima kasih.

FOMEMA SDN. BHD.

NOTICE OF PERSONAL DATA PROCESSING

Dear Sir/Madam,

We hereby give you notice that you will be providing your personal data to FOMEMA for medical examination of foreign worker seeking employment in Malaysia. We wish to bring your attention to the following:-

1. *That your personal data required to be provided by you in the Foreign Worker's Medical Examination Registration Form is in relation to medical examination of foreign worker and is necessary for the medical examination process and that your personal data will be processed and/or is being processed by FOMEMA for such purpose.*
2. *That the personal data required to be provided by you in the Foreign Worker's Medical Examination Registration Form includes your name, personal particulars and/or contact numbers.*
3. *That in addition to the personal data provided by you in the Foreign Worker's Medical Examination Registration Form, FOMEMA shall also process the personal data provided by you from other sources including passport, calling visa or permit (if any) provided by you to FOMEMA.*
4. *That you have the right to request access to and to request correction of your personal data provided to FOMEMA.*
5. *That you may contact FOMEMA Customer Service at Tel No. 03-2782 8777 Fax No. 03-2782 9216 E-mail: cs@fomema.com.my for any inquiries or complaints in respect of your personal data.*
6. *That your personal data shall not be disclosed to any third party except to the Government of Malaysia through the Ministry of Health and Ministry of Home Affairs in relation to foreign worker's medical status.*
7. *That you have a choice for limiting the processing of your personal data by FOMEMA, including personal data relating to other persons who may be identified from your personal data, by informing FOMEMA in writing specifying the limitation and the reasons for such limitation.*
8. *That it is voluntary for you to supply your personal data to FOMEMA but incomplete data may result the medical examination of foreign worker cannot be processed.*

Thank you.

FOMEMA SDN. BHD.