كوڤراسي ڤكاواي-ڤكاواي كراجأن نكري ڤهڠ دار المعمور برحد
KOPERASI PEGAWAI-PEGAWAI KERAJAAN NEGERI PAHANG DARUL MAKMUR BERHAD
Anggota Didahulukan, Kebajikan Diutamakan

TINGKAT SATU WISMA KPKP,JALAN GAMBUT 2,
25000 KUANTAN, PAHANG DARUL MAKMUR.
Tel :09-5177932,5178589,5178744 Fax :09-5145275
Laman Web: www.kpkp.com.my Email: hq@kpkp.coop.my

BORANG KEMASKINI MAKLUMAT ANGGOTA

1. MAKLUMAT ANGGOTA

Nama : _____

Alamat Rumah *(Terkini)* : _____

Poskod : _____ Bandar : _____ Negeri : _____

No. Anggota : _____ No. Kad Pengenalan : _____

No. Telefon (H/P) : _____ No. Telefon (R) : _____

Jawatan : _____ No. Gaji Pekerja : _____

Gaji Pokok : _____ E-mel : _____

No. Akaun Bank : _____ Nama Bank : _____

2. ALAMAT TEMPAT BERTUGAS BARU & LAMA ANGGOTA

Alamat tempat bertugas **(Lama)** : _____

Poskod : _____ Bandar : _____ Negeri : _____

No. Tel Pejabat : _____

Alamat tempat bertugas **(Baru)** : _____

Poskod : _____ Bandar : _____ Negeri : _____

No. Tel Pejabat : _____

3. MAKLUMAT PENAMA (1&2)

Nama Penama **(1)** : _____ Hubungan : _____

Alamat Rumah : _____

Poskod : _____ Bandar : _____ Negeri : _____

No. Kad Pengenalan : _____ No. Telefon (H/P) : _____

E-mel : _____

Nama Penama **(2)** : _____ Hubungan : _____

Alamat Rumah : _____

Poskod : _____ Bandar : _____ Negeri : _____

No. Kad Pengenalan : _____ No. Telefon (H/P) : _____

E-mel : _____

4. PENGAKUAN ANGGOTA

Pengakuan.
Saya dengan ini mengaku maklumat yang diberikan adalah benar dan saya bersedia menanggung sebarang tindakan jika didapati sebaliknya.

_____
Tandatangan anggota

Nama saksi : _____
No. Anggota : _____
No. Kad Pengenalan : _____

_____
Tandatangan saksi

UNTUK KEGUNAAN KPKP SAHAJA

Tandatangan
Pengesahan Kakitangan

_____
Tarikh:
Nama:

Tandatangan
Pengesahan Pegawai

_____