



**BAHAGIAN KESELAMATAN DAN KUALITI MAKANAN
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

Borang Permohonan Pendaftaran *MyFood Tag*

BAHAGIAN A: MAKLUMAT PERMOHONAN *(Silatandakan ✓)*

JENIS PERMOHONAN *(Silatandakan ✓)*

BARU
PEMBAHARUAN

PERINGKAT RANTAIAN *(Silatandakan ✓)*

*GUDANG/PUSAT PENGUMPULAN/
PUSAT PEMBUNGKUSAN
RUMAH SEMBELIH
PEMROSESAN
** PENGANGKUTAN
PERUNCITAN
PENGEDAR
A. **ADA PENGANGKUTAN
B. TIADA PENGANGKUTAN

*Potong mana yang tidak berkenaan
**Silalampirkansenaraikenderaan, no
pendaftarandannamapemandubagipengangkutan

1.NAMA SYARIKAT			
2.ALAMAT SYARIKAT		6.ALAMAT PREMIS	
3.NAMA PEMOHON		7. NO.TELEFON / NO. FAKS	
4. NO KAD PENGENALAN		8. NO. TELEFON BIMBIT	
5.ALAMAT FACEBOOK PEMOHON		9. WEBSITE SYARIKAT	

10. PENSIJILAN PROGRAM JAMINAN KESELAMATAN MAKANAN

ADA

TIADA

(nyatakan:.....)

(Jika ada, sila lampirkan salinan sijil)

11. DOKUMEN SOKONGAN YANG DIPERLUKAN:

- a. Salinan Pendaftaran Suruhanjaya Syarikat (SSM)
- b. Salinan Slip Pendaftaran Premis KKM
- c. Salinan Lesen Pihak Berkuasa Tempatan / Surat Pengesahan dari agensi kerajaan

BAHAGIAN B : MAKLUMAT PRODUK

10.KATEGORI KOMODITI MAKANAN YANG TERLIBAT (TANDA PADA YANG BERKENAAN)

Bijirin, hasil bijirin, kanji dan roti	01	
Malt dan Ekstrak Malt	02	
Bahan Pengudara Makanan	03	
Susu dan Hasil susu	04	
Bahan Pemanis	05	
Konfeksi	06	
Daging dan hasil daging	07	
Ikan dan hasil ikan	08	
Telur dan hasil telur	09	
Lemak makan dan minyak makan	10	
Sayur-sayuran dan hasil sayur-sayuran	11	
Sup dan stok sop	12	
Jem, jeli buah, marmalad dan seri kaya	13	
Kekeras dan hasil kekerasan	14	
Teh, kopi, cikori dan hasil yang berkaitan	15	
Koko dan hasil koko	16	
Susu kocak	17	
Garam dan rempah	18	
Cuka, sos, cutni dan jeruk	19	
Minuman ringan	20	
Air mineral semulajadi	21	
Air minuman berbungkus	22	
Ais	23	
Minuman beralkohol	24	
Syandi	25	
Makanan bertujuan khas	26	
Pelbagai (Sila nyatakan:.....)	27	

BAHAGIAN C : SENARAI PEMBEKAL BAHAN MENTAH

Bil	Nama Produk/Bahan Mentah	Pembekal dan Alamat pembekal

*lampiran boleh disertakan sekiranya perlu.

BAHAGIAN D: SENARAI PELANGGAN

Bil	Nama Pelanggan dan Alamat Pelanggan	Peringkat: (cth: Gudang Penyimpanan/Pemprosesan/Peruncit)

*lampiran boleh disertakan sekiranya perlu.

BAHAGIAN E: BAYARAN

Semua Jenis Pembayaran Hendaklah Dibuat Di Atas Namapengarah Kesihatan Negeri Atau Pegawai Kesihatan Daerah

Nombor Deraf Bank/Kiriman Wang/Wang Pos:

Tarikh Deraf Bank/Kiriman Wang/Wang Pos:

BAHAGIAN F: PENGESAHAN PERMOHONAN

Saya _____

Jawatan _____

Dengan ini mengaku bahawa kenyataan di atas dan lampiran yang disertakan adalah benar.

TANDATANGAN PEMOHON

.....
COP RASMI SYARIKAT:

Tarikh: