



KLINIK SUBFERTILITI, IBU PEJABAT  
LPPKN  
12B, Bangunan LPPKN,  
Jalan Raja Laut Kuala Lumpur  
50350 Kuala Lumpur Federal Territory  
Tel: 03-26137555 Fax: 03-26922540

---

**TIME SLIP**

No Rujukan: **TS0001013847**  
Tarikh: **03/10/2017**

Kepada Sesiapa Yang Berkenaan,

Dengan ini diperakukan pelanggan yang tertera di atas slip ini telah menghadiri sesi perundingan dan rawatan di klinik kami seperti butiran berikut;

Encik/Puan : **SHARLIZA BINTI SHAARI**  
No. Kad Pengenalan : **871021105332**  
Tarikh : **03/10/2017**  
Masa tiba : **08:30:00 AM**  
Masa keluar : **01:00:00 PM**

Sekian, dimaklumkan.

Pengesahan oleh,  
**Norlaila Ismail**  
(b/p Ketua Pengarah)

---

Dokumen ini dijana oleh komputer. Tandatangani tidak diperlukan