





FAKTUR UMUM — PERAWATAN MEDIS DAN KESEHATAN

Faktur ini harus diserahkan dalam waktu 90 hari sejak tanggal layanan. **Semua kolom dengan * wajib diisi agar pembayaran dapat diproses**. Kegagalan untuk memberikan informasi ini dapat mengakibatkan penundaan pemrosesan atau tidak adanya pembayaran. Semua bidang lain yang harus diisi (jika memungkinkan). Faktur yang tidak lengkap dapat dikembalikan untuk dikirimkan kembali.

LAYANAN PEMBAYARAN Telepon 604 276-3085 Bebas pulsa 1 888 422-2228 FAX 604 233-9777

Bebas pulsa**1 888 922-8807**

SURAT

Layanan Pembayaran, WorkSafeBC PO Box 4700 Stn Terminal Vancouver BC V6B 1

			Terminal Vancouver BC V6B 1J1								
Nomor faktur	Tanggal faktur*(yyyy-mm-hh)			ID Ko	ID Kontrak			Nomor otorisasi			
Informasi Pe	mbayaran										
Nama penerima pembayaran			Nomor penerima pembayaran* Nomor registrasi GST				ST				
Alamat surat untuk pembayaran				Kota			Propinsi	k	íode Pos*		
Nomor telepo	Nomor telepon(harap sertakan kode area)				Nomor fax(harap sertakan kode area)						
Informasi pe	enerima layana	n <i>(pekerja atau orang laiı</i>	n yang mei	nerima	a pelayanan)					
Nama belakang penerima layanan*				Nama depan penerima layanan*							
Tanggal lahir penerima layanan <i>(уууу-mm-hh)</i>				Nomor kesehatan pribadi penerima layanan(Nomor Kartu Perawatan)							
Nomor klaim WorkSafeBC*				Tanggal cedera*(yyyy-mm-hh)							
Informasi l	ayanan										
Tanggal melayani* (wwy-mm-dd)	Kode biava*	Keterangan*	Nom item (jumla	* ah	Biaya per	Item baris jumlah* (tidak termasuk paiak)	PST	GST	Item baris total*		

Informasi layanan									
Tanggal melayani* (yyyy-mm-dd)	Kode biaya*	Keterangan*	Nomor item* (jumlah unit)	Biaya per	Item baris jumlah* (tidak termasuk pajak)	PST (jika dibebankan)	GST (iika dibebankan)	Item baris total* (termasuk pajak)	
lumlah faktur*									

Informasi pribadi pada formulir ini dikumpulkan untuk keperluan pengurusan klaim kompensasi pekerja oleh WorkSafeBC sesuai dengan *Undang-Undang Kompensasi Pekerja* dan itu *Undang-Undang Kebebasan Informasi dan Perlindungan Privasi*. Untuk informasi lebih lanjut tentang pengumpulan informasi pribadi, silakan hubungi Koordinator Kebebasan Informasi WorkSafeBC di PO Box 2310 Stn Terminal, Vancouver BC, V6B 3W5, atau telepon 604 279-8171.

