



SURAT KUASA

Saya yang bertanda-tangan di bawah ini,

Nama :
Hubungan dengan Pasien :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir Pasien :
Alamat Pasien :
No. Rekam Medis :
No. KTP Pasien :

Dengan ini memberi kuasa kepada Untuk memberikan data-data medis saya/keluarga saya kepada:

Nama : PT AXA Financial Indonesia
Alamat : AXA Tower 17th Floor, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City
Jakarta 12940

.....

Yang Memberi Kuasa,

Penerima Kuasa,

Materai 10,000

(Nama Pemberi Kuasa)

(Nama Penerima Kuasa)