

SURAT PERNYATAAN
PELEPASAN INFORMASI KHUSUS ASURANSI

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : _____

Umur : _____ tahun

Pekerjaan : _____

Alamat : _____

Telepon : _____

Dengan ini menyatakan bahwa saya memberi kuasa penuh kepada dokter Rumah Sakit RK Charitas Palembang, yang mempunyai catatan / mengetahui keadaan saya sendiri / anak / isteri / suami saya:

Nama : _____

Umur : _____ tahun

No. Rekam Medis : _____

Untuk diberitahukan kepada _____

Segala keterangan yang diperlukan.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran tanpa ada unsur paksaan apa pun dari pihak lain.

Palembang, _____

Yang menyatakan,
