

# SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : \_\_\_\_\_  
Umur : \_\_\_\_\_ tahun  
Pekerjaan : \_\_\_\_\_  
Alamat : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

dengan ini menyatakan bahwa saya memberi kuasa penuh kepada dokter Rumah Sakit RK Charitas Palembang, yang mempunyai catatan / mengetahui keadaan saya, untuk diberitahukan kepada: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

segala keterangan yang diperlukan.

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

Palembang, \_\_\_\_\_  
Yang menyatakan,

\_\_\_\_\_