



SURAT KUASA

Saya yang bertandatangan 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 RS..... untuk memberikan data-data medis saya / keluarga saya, kepada:

Nama : ASI Health Management
Alamat : AXA Tower 12th Floor Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City Jakarta 12940

Yang Memberi Kuasa

Penerima Kuasa

Materai 6000

()

(ASI Health Management)