

**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,

\_\_\_\_\_