

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,
