Form : Surat Kuasa

SURAT KUASA

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Pasien/Orang Tua/Suami/Istri/Anak/Wali dari pasien dengan*
No. RM ....

Tempat dan Tanggal Lahir :

Alamat :

Dengan ini menyatakan memberikan kuasa sepenuhnya kepada :

Nama :

Tempat/Tgl Lahir :

Alamat :

Untuk mendapatkan informasi medis selama perawatan / pengobatan saya di RSUD dr.H.Moch.Ansari saleh Banjarmasin

Dan dengan ini selaku (Pasien/Orang Tua/Suami/Istri/Anak/Wali dari pasien)* menyatakan memberikan izin kepada dokter untuk membuka rahasia dokumen guna kepentingan mengisi formulir asuransi.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran tanpa ada tekanan dari pihak manapun dan apabila dikemudian hari ternyata pernyataan saya tidak benar, maka saya bersedia dituntut dimuka pengadilan sesuai dengan peraturan hukum yang berlaku.

Banjarmasin, ... 20

Yang di beri kuasa	Yang membuat pernyataan,
	Materai Rp.6000
(.............................)	(.............................)

*coret yang tidak perlu