

u.p. Bapak Wawan

**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,  
  
\_\_\_\_\_