



RUMAH SAKIT ABDI WALUYO

PERSETUJUAN PENGAMBILAN/PENGIRIMAN HASIL PEMERIKSAAN (LABORATORIUM/ MRI. CT-SCAN, RESUME MEDIS DLL)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

e-mail :

No Telp Rumah / HP :

Dengan ini menyatakan sesungguhnya telah memberikan :

PERSETUJUAN

Untuk dapat mengirimkan hasil pemeriksaan Laboratorium, MRI, CT-Scan, Resume Medis Dll atas nama saya sendiri melalui alamat :
e-mail :

atau Facsimile :

POS /JNE/TIKI :

Atau dapat diberikan kepada yang saya kuasakan
(istri/suami/keluarga/agent)

Nama :

Alamat :

No Telp/HP/e-mail :

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa adanya suatu paksaan /tekanan dari pihak manapun dan apabila dikemudian hari terjadi yang tidak diinginkan akan menjadi tanggung jawab sendiri dan tidak akan menuntut pihak Ruma sakit Abdi Waluyo.

Jakarta,

Yang membuat pernyataan

Meterai 6000

Tanda tangan dan nama jelas