



RUMAH SAKIT
HERMINA PASTEUR
Jln. Dr. Djundjuran No.107 Bandung 40173
Telp. (022) 6072525 ext : 151 (medical record)

SURAT KUASA

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Alamat :
Nomor KTP :
Hubungan dengan pasien :

Selanjutnya disebut Pemberi Kuasa

Dengan ini memberikan kuasa penuh kepada :

Nama :
Alamat :
Nomor KTP :
Hubungan dengan Pemberi Kuasa :

Selanjutnya disebut Penerima Kuasa

Guna Keperluan :
.....

Demikian Surat Kuasa ini dibuat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung,

Pemberi Kuasa

Penerima Kuasa

Materai (Rp.6000)

(.....)

(.....)