

SURAT PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap

Tempat / Tgl Lahir

Jenis Kelamin

No.KTP / SIM / Paspor

Alamat / Telp

Dengan ini menyatakan sesungguhnya telah

MEMBERI PERSETUJUAN
KEPADA DOKTER/RUMAH SAKIT HUSADA

Untuk memberikan data kesehatan dan tindakan medis di saya / suami / istri / anak / orang
Tua /

Selama dirawat di RS HUSADA, pada tanggal

s/d

Nama lengkap pasien

Tempat / Tgl Lahir

Alamat pasien

Kepada :
Nama Perusahaan / Asuransi

Alamat Perusahaan

Dengan ini menyatakan tidak akan melakukan tuntutan kepada dokter / Rumah sakit HUSADA
Atas pemberian informasi kesehatan di saya / suami / istri / anak / orang tua /

Jakarta,

Materai Rp.6000

(.....)
Tanda tangan dan nama lengkap

Penjelasan :
coret yang tidak sesuai