

SURAT KUASA

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Pasien : _____

No KTP/KK : _____

Tanggal lahir : _____

Alamat : _____

Dengan ini memberikan kuasa Kepada :

Nama : _____

No KTP : _____

Tanggal lahir : _____

Alamat : _____

Hubungan dengan Pasien :

Dengan ini memberi kuasa kepada Dokter/Rumah Sakit Islam Arafah Jambi untuk memberikan keterangan mengenai riwayat penyakit saya untuk dipergunakan dalam kepentingan klaim asuransi.

Demikianlah surat pernyataan ini di buat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jambi

Yang memberi Kuasa

Yang Menerima Kuasa

Materai 6000

(_____)

(_____)