



RS MEILIA

Jl. Alternatif Cibubur, Cileungsi Km. 1

Telp. : (021) 8444 444

Fax. : (021) 8459 8952, 845 3775

Website : www.rsmellia.co.id

PERNYATAAN PEMBERIAN KETERANGAN KEPADA PIHAK KETIGA

Dengan ini saya memberikan ijin kepada Rumah Sakit Meilia untuk memberikan Resume/
Keterangan Medik selama pemeriksaan/perawatan saya di Rumah Sakit Meilia kepada pihak ketiga
yang memerlukannya (Perusahaan Tempat Bekerja dan atau Perusahaan Asuransi)

Depok, _____ 20____

Yang Memberi ijin,

Materai

Pasien/Keluarga Pasien
yang Bertanggung Jawab

Depok,

Kepada Yth,
Direktur RS Meilia
Jl. Alternatif Cibubur KM 1
Depok

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Alamat :
Telp / Handphone :

adalah suami / istri / anak kandung / orang tua / saudara kandung / lain-lain *) dari pasien :

Nama :
Alamat :
No Rekam Medis :
Tanggal konsultasi / perawatan *) :

Mohon untuk dibuatkan surat keterangan medis / resume medis / pengisian formulir asuransi /
legalisir / lain - lain (.....) untuk keperluan

Demikian saya sampaikan dan terima kasih.

Hormat saya,

.....
Tanda tangan & nama lengkap

*) coret yang tidak perlu