



PERMINTAAN DATA INFORMASI

Sifat : BIASA / PENTING / SEGERA *	Tanggal diterima :	Pemohon / Unit
Jatuh Tempo :	Tanggal selesai :	Unit Pelaksana :

Perihal / Isi permintaan : **SKM / SKD / LAPORAN / Lain-lain** *

.....

.....

.....

.....

.....

Lampiran : ADA / TIDAK ADA *	Revisi :
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

PENGAJUAN

Yang Mengajukan Permintaan	Madiun, Jam : Yang Menyetujui / Tidak Menyetujui *,
(.....) Tanda tangan & Nama terang	(.....) Tanda tangan & Nama terang

PENYERAHAN

Yang Menerima Permintaan	Madiun, Jam : Yang menyerahkan,
(.....) Tanda tangan & Nama terang	(.....) Tanda tangan & Nama terang

RUMAH SAKIT SANTA CLARA MADIUN

Jalan Biliton No. 15 Telp. (0351) 462688 MADIUN

SURAT KUASA

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama :
 Alamat :
 Umur : L / P
 Pekerjaan :

dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya, bahwa saya memberikan

K U A S A

kepada dokter yang merawat Saya / Istri / Suami / Anak / Orang tua / lainnya yang ber :

Nama :
 Alamat :
 Umur : L / P
 Pekerjaan :

Untuk memberikan keterangan tertulis mengenai rahasia kesehatan / penyakit saya / penderita tersebut di atas selama dirawat di Rumah Sakit Santa Clara Madiun pada tanggal
 s/d tanggal untuk keperluan

Saya akan bertanggung jawab sepenuhnya atas akibat dibukanya rahasia tersebut dan saya menyatakan tidak akan menuntut kepada Dokter Rumah Sakit Santa Clara Madiun di kemudian hari.

Demikian surat ini saya buat dengan penuh kesadaran tanpa adanya paksaan dari pihak manapun.

Madiun,

Hormat saya,

materai

Tanda tangan & Nama terang