



SURAT PERSETUJUAN

Pemberian Data Medik

Untuk Dr.
RS PLUIT
Jl. Raya Pluit Selatan No. 2
Jakarta 14450

Yang bertanda - tangan dibawah ini :

Nama :

Alamat :

.....

.....

KTP No. :

Sebagai :

Pribadi *

Anggota keluarga :
(suami / Istri / ayah / Ibu / Anak / dll.) *

Dengan ini menyatakan memberi persetujuan untuk diberikan data-data medik atas nama

Pasien : No. Rekam Medik :

Kepada

Jakarta,

(.....)

*) Beri tanda Cek (V)