

**PERSETUJUAN PEMBERIAN KETERANGAN MEDIS**

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....  
Alamat : .....  
No. Telp. : .....  
No. KTP / SIM : .....

dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan

**PERSETUJUAN**

kepada Dokter dan atau Rumah Sakit Katolik St. Vincentius a Paulo Surabaya untuk memberikan setiap keterangan yang diperlukan dalam hubungannya dengan penyakit, pemeriksaan dan pengobatan selama dirawat / berobat di Rumah Sakit Katolik St. Vincentius a Paulo Surabaya dari diri saya sendiri \*/ anak\* / istri\* / suami\* / ayah\* / ibu\* saya dengan

Nama : .....  
Alamat : .....  
No. KTP / SIM : .....

kepada pihak Asuransi / Perusahaan / Badan lain : .....

Segala akibat yang timbul dari pembuatan keterangan tersebut akan menjadi tanggung jawab saya.

Demikian surat persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Surabaya, .....-.....- 20....

Yang membuat pernyataan,

Materai 6.000,-

( ..... )

\*) Lingkari & coret yang lain

\*\*\*) Lampiran : Fotocopy KTP & KSK Pemohon