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