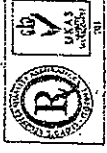




PERKUMPULAN "PERHIMPUNAN SANTO BORROMEUS"
RUMAH SAKIT SANTO BORROMEUS

Jl. Ir. H. Juanda No.100 Bandung 40132 - INDONESIA
Tel. 022-2552000 Fax. 022-2504236 e-mail: sekretariat@sborromeus.com
www.sborromeus.com



SURAT IZIN PENGELUARAN INFORMASI MEDIS

Yang bertanda tangan di bawah ini saya

Nama : _____ (L/P)

Umur : _____ tahun.

Alamat : _____

Hubungan keluarga : _____

dengan ini mengizinkan pihak Rumah Sakit/Dokter yang merawat untuk memberikan informasi medis atas nama saya/pasien*) _____ untuk kepentingan _____

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya dan tanpa ada tekanan dari pihak manapun.

Bandung, _____

Catatan :

No. RM. : _____

*) Coret yang tidak perlu

Tanda tangan & nama jelas