

**SURAT PERNYATAAN
PELEPASAN INFORMASI KHUSUS ASURANSI**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : _____
Umur : _____ tahun
Pekerjaan : _____
Alamat : _____

dengan ini menyatakan bahwa saya memberi kuasa penuh kepada dokter Rumah Sakit RK Charitas Palembang, yang mempunyai catatan / mengetahui keadaan saya sendiri/ anak / istri / suami saya:

Nama : _____
Umur : _____ tahun
No. Rekam Medis : _____

untuk diberitahukan kepada _____
segala keterangan yang diperlukan.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran tanpa ada unsur paksaan apapun dari pihak lain.

Palembang, _____

Yang menyatakan,

Materai